

<i>Casa di Cura Villa Ortensia del Centro Medico Cales S.r.l.</i>	<b>Consenso Informato Test HIV</b>	<b>Mod PO 01 Consenso Informato/08</b>
		<b>Modulo</b>
Revisione 01	Data:04/03/2014	Pagina 1 di 1

lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

### ACCONSENTO

a essere sottoposto/a ad accertamenti sierologici per infezione da HIV, per i quali sono consapevole che è necessario procedere ad un prelievo ematico.

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile e particolareggiata sull'analisi diagnostica propostami, sia attraverso la consegna di materiale informativo, sia attraverso un colloquio con un operatore sanitario che ha risposto in maniera esauriente a tutti i quesiti posti.

Dichiaro, inoltre, che mi è stata fornita la garanzia che l'esito di tali esami mi sarà direttamente comunicato e che su di esso sarà mantenuta la massima riservatezza, come previsto dalla normativa vigente.

#### Dichiaro, infine, che

- desidero eseguire l'indagine per HIV in forma anonima:  SI  NO

Luogo, data \_\_\_\_\_

**Firma dell'interessato/a**

\_\_\_\_\_

Confermo di aver fornito, mediante un colloquio, informazioni dettagliate sull'accertamento e ritengo che siano state comprese dall'interessato/a.

**Firma e timbro del Medico**

\_\_\_\_\_