

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME PER L'HIV

Nome..... Cognome.....

Letto.....

Io sottoscritto nato a

il/...../..... residente in

via.....

Ricoverato presso codesta Clinica, dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal personale sanitario relativamente alla malattia determinata dal virus HIV e sulle modalità di trasmissione.

Ho appreso che non posso essere sottoposto ad ordini per l'accertamento dell'infezione da HIV senza il mio consenso (legge 135 05/06/1990 ART. 5, comma 3 e successiva sentenza Corte Costituzionale 218/94).

Vista la necessità clinica all'espletamento di tale indagine, presentatami dal personale sanitario, nel mio interesse dichiaro di autorizzare liberamente e volontariamente il prelievo di 10 cc di sangue per la determinazione dell'HIV.

Ho ricevuto ampie rassicurazioni relativamente alla tenuta del segreto professionale da parte del personale della Clinica e sul fatto che l'atteggiamento assistenziale non verrà comunque modificato dall'esito del test.

In Fede

Il Paziente:

Genitore o tutore:

Torino/...../.....