

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In caso di minore o soggetto sotto tutela o in caso di fiduciario indicare le generalità del genitore/tutore/fiduciario nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In caso di minore indicare le generalità dell'altro genitore (vivente) nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(1) in qualità di paziente

(2) in qualità di esercente/i la potestà sul minore

(3) in qualità di tutore\*/amministratore\*/fiduciario\*\*

(\*ALLEGARE COPIA DEL PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE)

\*\*Persona di fiducia che il/la paziente ha eventualmente incaricato di ricevere informazioni ed esprimere eventuale consenso (anche in sua vece) nel caso in cui decida di non voler essere informato in merito alle proprie condizioni di salute. Registrare chiaramente in cartella clinica la volontà espressa dal paziente in tal senso e le generalità della persona incaricata (art. 1 comma 3 Legge 219/2017)

del paziente \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(scrivere a stampatello) Informato/a dal Dott. \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

di aver ricevuto un'informazione comprensibile e particolareggiata sull'analisi diagnostica proposta e, inoltre, che mi è stata fornita la garanzia che l'esito di tali esami mi sarà comunicato direttamente e che su di esso sarà mantenuta la massima riservatezza, come previsto dalla normativa vigente.

Sono, in particolare, stato/a adeguatamente informato/a su quali conseguenze possono derivare dal mio rifiuto all'esecuzione della procedura propostami e sulla possibilità di revocare il consenso in qualunque momento

Il/La paziente ha espresso la necessità di ulteriori colloqui informativi? SI NO

Data di svolgimento di ulteriore colloquio \_\_\_\_\_

*Firma Medico*

*Firma Paziente*

Preso atto della situazione illustrata, confermo di aver compreso le informazioni ricevute e pertanto:

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

Con scelta attuale e spontanea, a sottopormi ad accertamenti sierologici per l'infezione da HIV, per i quali sono consapevole che è necessario procedere ad un prelievo ematico.

AFFERMO che il colloquio informativo si è svolto in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TEST HIV**

REV 0.0 21 11 2022

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/i avuti con il /i medico/i e con l'informativa ricevuta

**Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **ora** \_\_\_ **Firma e timbro del Medico** \_\_\_\_\_

**Presenza di interprete: no si (nome e cognome)** \_\_\_\_\_

**Firma del paziente** \_\_\_\_\_

**Firma del 1° genitore/rappresentante legale\*/fiduciario\*\*** \_\_\_\_\_

**Firma del 2° genitore** \_\_\_\_\_

**REVOCA DEL CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ CONSAPEVOLE DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE,  
DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO PRESTATO IN PRECEDENZA AL TRATTAMENTO SANITARIO

**Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **ora** \_\_\_ **Firma e timbro del Medico** \_\_\_\_\_

**Presenza di interprete: no si (nome e cognome)** \_\_\_\_\_

**Firma del paziente** \_\_\_\_\_

**Firma del 1° genitore/rappresentante legale\*/fiduciario\*\*** \_\_\_\_\_

**Firma del 2° genitore** \_\_\_\_\_