Modello di modulo di consenso specifico per l'HIV

Consenso informato per l'esecuzione del test per l'HIV

La struttura/assistente sanitario ha risposto alle mie domande sull'HIV/AIDS. Mi sono state fornite informazioni comprendenti le seguenti precisazioni sul test per l'HIV:

- L'HIV è il virus che causa l'AIDS e può essere trasmesso attraverso rapporti sessuali non protetti (vaginali, anali o orali) con una persona affetta da HIV; attraverso il contatto con il sangue, ad esempio tramite l'utilizzo comune di aghi (piercing, tatuaggi, materiale utilizzato per l'assunzione di droga, inclusi aghi), da una donna incinta affetta da HIV ai suoi figli durante la gravidanza o al momento del parto oppure con l'allattamento.
- Esistono dei trattamenti per l'HIV/AIDS che possono aiutare una persona a stare bene.
- Le persone con HIV/AIDS possono adottare delle pratiche sicure per proteggere le persone non infette e infette nella loro vita, evitando di infettarle o di infettarsi con diversi ceppi di HIV.
- Il test è volontario e può essere eseguito in maniera anonima presso un centro pubblico.
- La legge tutela la riservatezza dei risultati del test per l'HIV e altre informazioni correlate.
- La legge vieta la discriminazione in ragione dello stato HIV di una persona; sono inoltre a disposizione appositi servizi per il trattamento dei casi discriminatori e delle loro relative conseguenze.
- La legge permette che il consenso informato di una persona concernente il test per l'HIV rimanga valido per tale test fino alla revoca del consenso da parte del soggetto che effettua il test oppure sino alla scadenza prevista.

Accetto di sottopormi al test per l'infezione da HIV. Se i risultati del test dovessero indicare che ho contratto l'HIV, accetto che vengano effettuati dei test supplementari sul campione da me fornito oggi per determinare il trattamento migliore per il mio caso e predisporre dei programmi di prevenzione dell'HIV. Accetto inoltre di effettuare dei test futuri per definire il mio trattamento. Sono consapevole di poter ritirare in qualsiasi momento il mio consenso per l'esecuzione di test futuri. Qualora il mio test per l'infezione da HIV dovesse risultare positivo, comprendo che chi mi fornisce l'assistenza sanitaria potrà consultarmi in merito all'opportunità di informare i miei partner sessuali o le persone con cui ho condiviso degli aghi circa una loro possibile esposizione.

Posso revocare il mio consenso verbalmente o per iscritto in qualsiasi momento. Chi mi fornisce l'assistenza sanitaria potrà eseguire dei test supplementari per l'intero periodo di validità di questo consenso, senza chiedermi di firmare un altro modulo. In tal caso, chi mi fornisce l'assistenza sanitaria mi informerà in merito all'eventuale esecuzione di altri test per l'HIV, prendendone nota nella mia cartella clinica.

Nome del paziente: _____ Data: _____

Firma: _____
Paziente o persona autorizzata a fornire il consenso

Cartella clinica n.: _____