

**SEZIONE INFORMATIVA**

**Che cos'è e a cosa serve?**

Gli accertamenti immunologici proposti servono per accertare un eventuale infezione da virus HIV. Tale conoscenza è utile per valutare la situazione di rischio professionale per se ed eventualmente per i pazienti e i colleghi.

**Come si esegue?**

Si tratta di un normale prelievo ematico venoso

**Quali possono essere i rischi e le complicanze?**

Non vi è alcun rischio, se non quelli comuni a tutte le attività di prelievo ematico venoso

**Quali sono le conseguenze della mancata sottoposizione al trattamento sanitario consigliato?**

Le conseguenze sono rappresentate dalla mancata conoscenza dello stato immunologico del lavoratore in merito a HIV e quindi della possibilità che venga adibito ad attività lavorative a rischio per lui, i pazienti o i suoi colleghi di lavoro. La mancata conoscenza dello stato immunologico del lavoratore in merito a HIV può comportare particolari condizioni in relazione al giudizio di idoneità o altre indicazioni preventive del medico competente con successive ricadute sulla tipologia e modalità di svolgimento dell'attività lavorativa.

**SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a (nome) (cognome)

nato il Residente a

**dichiara di:**

- aver letto la sezione informativa,
- aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità e gli eventuali rischi dell'esame e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura,
- essere stato informato delle conseguenze negative per la salute mia, dei pazienti e dei colleghi nel caso in cui non mi sottoponga al trattamento sanitario consigliatomi,
- essere stato informato che in ogni momento posso revocare il consenso,
- Di aver ricevuto la garanzia che l'esito di tale esame mi sarà direttamente comunicato e che su di esso sarà mantenuta la massima riservatezza, come previsto dalla normativa vigente.

**SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DISSENSO**

**dichiara di:**

- aver letto la sezione informativa,
- aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità e gli eventuali rischi dell'esame e le complicanze che ne possono derivare e pertanto NON acconsento a sottopormi a questa procedura preferendo invece espormi alle conseguenze comunque negative per la mia salute e per la mia attività derivanti dalla mancata effettuazione del trattamento sanitario consigliatomi,
- essere stato informato che in ogni momento posso revocare il dissenso.

Pisa, li

Firma: