

SCHEDA INFORMATIVA E CONSENSO AL TEST DIAGNOSTICO HIV

L'HIV (Human Immunodeficiency Virus) è il virus che causa l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), malattia infettiva che compromette le difese del nostro organismo mettendo a rischio la vita, se non curata. Una persona che contrae l'HIV diventa sieropositiva e può trasmettere l'infezione ad altre persone. L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti (senza preservativo) con persone HIV-positive, oppure tramite sangue (ad esempio puntura accidentale con aghi adoperati da persone HIV-positive), oppure da madre HIV-positiva a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o con l'allattamento.

Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza. Esistono terapie specifiche per ridurre la trasmissione dell'HIV da mamma a figlio. È necessario, quindi, che i genitori si sottopongano al test HIV prima della gravidanza o al suo inizio per tutelare la propria salute e quella del bambino.

1. **Test HIV-combi:** test di screening per accertare se si è contratta infezione da HIV; consiste in un prelievo di sangue per la determinazione contemporanea di anticorpi specifici anti-HIV1 e anti-HIV2 e dell'antigene p24 dell'HIV1.

Interpretazione del referto:

- **NEGATIVO** (“Ric. Ab anti-HIV: non reattiva”) significa che non si è infettati. Tuttavia è importante sapere che l'organismo può impiegare da tre settimane a quattro mesi per produrre anticorpi anti-HIV (“periodo finestra”). Se si esegue il test durante il “periodo finestra” la persona potrebbe essere infetta, ma risultare negativa al test perché non ha ancora prodotto gli anticorpi. Pertanto, nel caso ci sia stato un comportamento a rischio, è consigliabile ripetere il test a distanza di un mese e successivamente di quattro mesi dal probabile contagio.
 - **POSITIVO** (“Ric. Ab anti-HIV: positivo”): occorre rivolgersi quanto prima a un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.
2. **Test di conferma: HIV Western Blot test** di immunoblotting che, tramite l'impiego di antigeni specifici, permette l'identificazione, nel siero in esame, degli anticorpi eventualmente presenti diretti contro singoli antigeni del virus HIV; la presenza di anticorpi specifici diretti contro i principali antigeni del virus HIV dà la conferma dell'avvenuta infezione.
 3. **Test di approfondimento: HIV-RNA:** determinazione quantitativa RNA virale; questo test permette di determinare la carica virale in caso di infezione.

Privacy

Come per tutti i test eseguiti in Laboratorio, in ogni caso è garantita la massima tutela della privacy. I risultati del test sono soggetti a segreto professionale. Il referto viene consegnato esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo, ai genitori (se minore) o al rappresentante legale.

(Legge 5 giugno 1990, n°135, art. 5 comma 3).

Ai fini e per effetti del D.L. 196/2003 i dati raccolti ai soli fini del consenso informato sono soggetti al segreto professionale, non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

IO SOTTOSCRITTO/A**Dati identificativi di chi si sottopone al prelievo ematico**

Cognome e Nome.....Data di nascita...../...../.....

DICHIARO

di aver ricevuto informazione comprensibile ed esauriente sul significato del test diagnostico per accertamento infezione da HIV
 (Human Immunodeficiency Virus – Virus dell'Immunodeficienza Umana) (informativa pag.1)

Liberamente, spontaneamente e consapevolmente

 ACCETTO **NON ACCETTO****di sottopormi al test per accertare l'infezione da HIV**

Firma leggibile di chi si sottopone al prelievo.....

Firma leggibile dell'operatore sanitario.....Data.....

PER SOGGETTO MINORENNE O PRIVO DI AUTONOMIA DECISIONALE**Dati identificativi di chi si sottopone al prelievo ematico**

Cognome e Nome.....Data di nascita...../...../.....

*Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n°445):***Io sottoscritto/a****Dati identificativi di chi esercita patria potestà**

Cognome e Nome.....Data di nascita...../...../.....

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, nonché del fatto che la potestà sul minore compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati), dichiaro:

 di essere genitore del minore e che l'altro genitore non sottoscrive il modulo ma è consenziente (o deceduto o altro) di essere legale rappresentante del minore o soggetto privo di autonomia decisionale (tutore o altro)**DICHIARO**

di aver ricevuto informazione comprensibile ed esauriente sul significato del test diagnostico per accertamento infezione da HIV
 (Human Immunodeficiency Virus – Virus dell'Immunodeficienza Umana) (informativa pag.1)

Liberamente, spontaneamente e consapevolmente

 ACCETTO **NON ACCETTO****che mio figlio/il sottoposto a mia tutela si sottoponga al test**

Firma leggibile del genitore/tutore.....

Firma leggibile dell'operatore sanitario.....Data.....

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO DELL'AMBULATORIO

L'operatore sanitario _____ (cognome e nome dell'operatore sanitario), dichiara che l'utente ha deciso di non fornire i propri dati per la compilazione del consenso informato e che è stata fornita allo stesso l'informativa. L'utente sarà identificato con il codice:

Data:/...../.....

Firma leggibile dell'operatore sanitario.....