

MODULO HIV

DICHIARAZIONE

La/Il sottoscritto/a _____ chiede ed accetta di essere sottoposta/o ai Test per l'accertamento dell'infezione da HIV e non richiede refertazione anonima.

Data : _____ **Firma** _____

****NORME PER I PAZIENTI CHE SI SOTTOPONGONO AI TEST PER L'HIV****

E' consigliabile che la richiesta e l'interpretazione relativa alla ricerca degli ANTICORPI HIV sia effettuata dal proprio medico curante.

SI PRECISA QUANTO SEGUE:

- 1) La positività per ANTICORPI ANTI HIV 1-2 non implica diagnosi di AIDS.
- 2) Risultati positivi indicano necessità di valutazione clinica per eventuali ulteriori indagini.
- 3) Può verificarsi reattività atipica (falsi positivi).
- 4) Un risultato negativo non esclude in assoluto contatto o infezione con HIV.
- 5) In caso di test di conferma (Western Blot) indeterminato e' consigliabile ripetere l'indagine in tempi indicati da parere clinico.
- 6) L'eventuale necessità di eseguire il test di conferma comporterà un significativo incremento del costo dell'esame.

La/Il sottoscritto/a _____
dichiara di essere a conoscenza di quanto sopra specificato.

Data emissione 12-06-2015

Da consegnare al paziente

CENTRO BIOMEDICO BERGAMASCO S.r.l.
Laboratorio analisi mediche

La/Il sottoscritto/a _____ chiede ed accetta di essere sottoposta/o ai Test per l'accertamento dell'infezione da HIV e non richiede refertazione anonima.

Data: _____ **Firma** _____

La/Il sottoscritto/a _____
dichiara di essere a conoscenza di quanto sopra specificato.

Data emissione 12-06-2015

Da allegare alla impegnativa