

INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

L' HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) è il virus che causa l'AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), una malattia infettiva che attacca e compromette gravemente 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. Tutti possiamo contrarre l'HIV. L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti (senza preservativo) con persone con HIV, tramite sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone con HIV), oppure da madre con HIV a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento.

Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza. Esistono terapie specifiche per ridurre fortemente la trasmissione dell'HIV dalla mamma al figlio. È necessario, quindi, che la coppia che pensa di avere un figlio si sottoponga al test HIV prima della gravidanza o al suo inizio per tutelare la propria salute e quella del bambino.

Il test HIV. L'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. Il periodo finestra, ossia il periodo che intercorre tra il giorno dell'esposizione al fattore di rischio e la presenza nel sangue degli analiti ricercati, è compreso fra i 20 e i 30 giorni.

Il risultato del test HIV. Se il risultato del test HIV è:

NEGATIVO/NON REATTIVO significa che non ci si è infettati.

POSITIVO/REATTIVO, occorre rivolgersi quanto prima a un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.

Per ricevere ulteriori informazioni ci si può rivolgere al proprio medico o telefonare al Servizio (anonimo e gratuito) "Telefono Verde Aids e infezioni sessualmente trasmesse" dell'Istituto Superiore di Sanità - 800-861061, dal lunedì al venerdì, dalle ore 13,00 alle ore 18,00.

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sanitaria e di aver avuto modo di parlare con un operatore sanitario per ricevere eventuali ulteriori informazioni a riguardo

Bologna, _____

Firma _____

ACCONSENTO a essere sottoposto ad accertamenti sierologici per l'infezione da HIV

Bologna, _____

Firma _____

Desidero eseguire l'indagine per HIV in forma anonima