
 <b>Clinica San Francesco</b>	Mod. IO 13_01_01_05	
	Data 14/03/2024 Rev.01	
	Pag. 1 di 2	

## INFORMATIVA E CONSENSO TEST HIV

### INFORMATIVA PER I PAZIENTI CHE SI SOTTOPONGONO AL TEST PER HIV

È consigliabile che la richiesta e l'interpretazione relativa alla ricerca degli anticorpi anti-HIV sia effettuata dal proprio medico curante.

Si precisa quanto segue:

- a) La positività per gli anticorpi anti-HIV 1-2 non implica diagnosi di AIDS.
- b) Risultati positivi indicano la necessità di valutazione clinica per eventuali ulteriori indagini.
- c) Può verificarsi reattività atipica con esiti di FALSI POSITIVI.
- d) Un risultato negativo significa che al presente non si sono sviluppati anticorpi anti-HIV, ma non esclude in assoluto contatto o infezione con HIV.
- e) In caso di conferma Western Blot indeterminato è consigliabile ripetere l'indagine in tempi indicati da parere medico.

### CONSENSO PER ESECUZIONE TEST ANTI-HIV

La/Il sottoscritta/o .....  
chiede ed accetta di essere sottoposta/o al **TEST anti-HIV** e di non necessitare di  
refertazione anonima.



\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma (leggibile) del paziente

STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA

 <b>Clinica San Francesco</b>	Mod. IO 13_01_01_05	
	Data 14/03/2024 Rev.01	
	Pag. 2 di 2	

## INFORMATIVA E CONSENSO TEST HIV

**INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE – Data** \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'interprete (stampatello)	Firma dell'interprete	N. documento
_____	_____	_____

**PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA – Data** \_\_\_\_\_

Nome e cognome del Tutore (stampatello)	Firma del Tutore/ Amministratore di sostegno* e/o Testimone	N. documento
_____	_____	_____

\*Allegare copia del decreto di nomina del giudice tutelare (ai sensi della L. 9 gennaio 2004, n. 6 e succ.)

**STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA**

**CLINICA SAN FRANCESCO S.r.l. – CASA DI CURA PRIVATA** - Accreditata S.S.N  
 Clinica San Francesco: Via Monte Ortigara, 21/B – 37127 Verona (sede legale) | Via Santini, 8 – 37124 Verona  
 Centro Diagnostico: Corso Venezia, 123 – 37131 Verona  
 Tel 045 9009090 | clinica@grupposanfrancesco.it | clinicasanfrancesco.it  
 Iscritta al registro Imprese di Verona n. 00420560237 | Cap. Soc. € 5.232.425,00 i.v. | C.F 00420560237 P. IVA 03831150366  
 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento di GHC S.p.A.