

## Modulo di consenso informato per l'effettuazione dello screening per l'infezione da virus dell'epatite C (HCV)

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, recapito  
telefonico \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_.

adeguatamente informato/a delle specifiche motivazioni per le quali mi è stato proposto lo screening dell'infezione da virus dell'epatite C (HCV), ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 14 maggio 2021.

### dichiaro che

- Ho letto, mi è stato illustrato in una lingua nota e ho del tutto compreso le informazioni sullo screening del virus dell'epatite C.
- Ho avuto la possibilità di porre le domande che ritenevo opportune e ho avuto risposte comprensibili ed esaurienti.
- Ho letto e compreso per intero il documento informativo riguardante la raccolta, la conservazione e l'utilizzo dei miei dati personali;
- Ho letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali e ho avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso.

Pertanto, presto il mio consenso all'esecuzione del test per la ricerca degli anticorpi specifici contro il virus dell'epatite C e, successivamente, in caso di positività a questo primo test, all'esecuzione sullo stesso campione di sangue di un test per la ricerca dell'HCV-RNA del virus stesso.

- SI
- NO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, come esposto all'interno delle informazioni privacy su estese

- SI
- NO

Autorizzo il laboratorio di Analisi Cliniche \_\_\_\_\_ ad inviarmi il risultato degli esami eseguiti attraverso un SMS al mio numero di telefono \_\_\_\_\_.

- SI
- NO

**Luogo** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Firma dell'interessato**

\_\_\_\_\_

(Da compilare a cura di chi ha fornito le informazioni):

Cognome e Nome \_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_

Conferma che il/la sig./ra \_\_\_\_\_ ha espresso il consenso alla  
procedura di screening, dopo essere stato/a adeguatamente informato/a.

**Luogo** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Firma del sanitario**

\_\_\_\_\_