

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO RELATIVA AL TEST HCV

Nome e Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Residenza/domicilio - Via/Piazza _____

Citta (Provincia) _____

Recapito telefonico _____

Esprime consenso

Informato delle specifiche motivazioni per le quali il test è proposto, ai sensi dell'art. 25-sexies del DECRETO LEGGE 30-dicembre 2019, n. 162 convertito con modificazioni dalla L. 28 febbraio 2020, n. 8, acconsente all'esecuzione del Test per la ricerca degli anticorpi anti HCV.

Luogo e data _____

Firma _____

Esprime Diniego

Dichiara di non autorizzare il TEST HCV, di comprendere appieno le conseguenze del rifiuto e di esonerare totalmente il personale medico ed infermieristico, nonché l'intera Struttura Sanitaria da qualsivoglia responsabilità.

Luogo e data _____

Firma _____

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa, ed ha espresso liberamente la sua scelta.

Luogo e data _____

L'OPERATORE SANITARIO _____