MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO INFORMATO

Il D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, art. 25 - sexies, prevede la realizzazione di uno screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV). In questo ambito, la ASL 6 del Medio Campidano, su mandato della Regione Sardegna, promuove un programma di screening totalmente gratuito, nei confronti di:

- soggetti nati tra il 1969 e il 1989;
- soggetti che sono seguiti da servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerD);
- soggetti detenuti in carcere

La diagnosi precoce dell'infezione da HCV permette di avviare un trattamento terapeutico personalizzato ed evitare le complicanze della malattia quali la cirrosi epatica e la possibile evoluzione in tumore epatico, e lo sviluppo di malattie extraepatiche HCV correlate, migliorando la qualità e l'aspettativa di vita.

Il test di screening consiste in un prelievo di sangue per la ricerca degli anticorpi contro il virus dell'epatite C (anticorpi anti-HCV).

- In caso di negatività non verrà effettuato alcun ulteriore accertamento.

- In caso di positività verrà effettuato un test di conferma per la ricerca del virus attraverso la quantificazione dell'RNA virale (HCV-RNA).

In caso di positività al test di conferma riceverà una comunicazione direttamente dal personale sanitario incaricato e le verranno fornite tutte le indicazioni necessarie per l'eventuale trattamento e la presa in carico da parte di un Centro specialistico. Lei comunque potrà consultare il risultato dei test tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Si richiede, perciò, di compilare e firmare l'autorizzazione acclusa, resi consapevoli che tutte le informazioni di cui verremo in possesso saranno trattate nel rispetto della normativa vigente sul trattamento dei dati personali (Reg. UE 679/2016 GDPR, come da informativa allegata).

(si chiede di scrivere in stampatello)

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a_____

il __/__/____ Residente a _____ Prov (___) Via _____

CAP _____Tel _____ E mail _____

DICHIARA

Ho letto/mi è stata illustrata in una lingua nota e ho compreso tutte le informazioni sul Programma di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV)	Si □	No □
Autorizzo la Asl 6 del Medio Campidano ad eseguire i test di screening per HCV, al trattamento dei miei dati personali richiesti, all'inserimento di tali dati sulla piattaforma regionale dedicata al monitoraggio della campagna di screening	Si □	No □
Autorizzo l'eventuale utilizzo del materiale biologico del test HCV per venutali ulteriori accertamenti diagnostici disponibili nell'ambito dello screening del'epatite C	Si □	No □
Qualora io risultassi positivo ai test di screening per HCV acconsento alle comunicazioni ai miei dati di contatto ed alla trasmissione dei dati sanitari al Centro Screening della Asl 6 del Medio Campidano per ricevere comunicazioni inerenti il test di secondo livello (HCV RNA) e al Centro specialistico di riferimento presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari	Si □	No □
Autorizzo la conservazione del/dei campioni biologici residui, a seguito dell'esecuzione dei test, presso il Laboratorio analisi del Presidio Ospedaliero Nostra Signora di Bonaria in San Gavino Monreale	Si □	No □

Luogo e data _____ Firma _____