



Direzione Sanità e Welfare
sanita@regione.piemonte.it

Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV

Informativa

Il DECRETO-LEGGE 30 dicembre 2019, n. 162 convertito con modificazioni dalla L. 28 febbraio 2020, n. 8, all'art. 25-sexies, introduce l'offerta di uno screening gratuito, destinato a tutti i soggetti nati dal 1969 al 1989, ai soggetti che sono seguiti dai servizi pubblici per le dipendenze patologiche (SerD), nonché ai soggetti detenuti in carcere, al fine di prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV).

Obiettivo dello screening è favorire l'individuazione delle infezioni "sommerse", ovvero quelle infezioni ancora non note in quanto asintomatiche o comunque non ancora riconosciute e che potrebbero essere invece prese in carico e trattate precocemente, consentendo di evitare la progressione dell'infezione prima del manifestarsi della malattia, con evidente vantaggio nella prognosi individuale del soggetto che si sottopone al test.

Diagnosticare in fase precoce l'infezione da epatite C permette di guadagnare tempo prezioso e adottare le strategie terapeutiche necessarie con la massima tempestività, ottimizzandone l'efficacia.

Inoltre, un più precoce trattamento di tutte le infezioni individuate può contribuire a ridurre la trasmissione nella popolazione del virus HCV, con l'obiettivo finale della sua eliminazione.

Per l'effettuazione del test, Le viene richiesto di compilare il modulo di consenso e, per ogni ulteriore informazione si rendesse necessaria, potrà rivolgersi al personale sanitario incaricato.

In caso di positività accertata per infezione da HCV, la Struttura Sanitaria proponente Le indicherà il percorso necessario alla valutazione clinica completa ed al successivo trattamento.



Direzione Sanità e Welfare
sanita@regione.piemonte.it

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 e avendo compreso tutte le informazioni utili riferibili al Programma di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV), acconsente all'esecuzione del TEST HCV e all'eventuale utilizzo di detto materiale biologico per eventuali ulteriori accertamenti diagnostici disponibili.

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 _____