

**PROGRAMMA SCREENING EPATITE C
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 Regione Emilia-Romagna, tramite le Aziende Sanitarie del SSR, promuove un programma di screening totalmente gratuito, nei confronti dei soggetti nati tra il 1969 e il 1989.

Il test consiste nel prelievo di sangue venoso con ricerca sierologica degli anticorpi rivolti contro il virus dell'epatite C. In caso di positività a questo test verrà ricercata contestualmente sullo stesso campione di sangue la presenza del virus attraverso la quantificazione del RNA virale e la tipizzazione genotipica.

Inoltre, l'eventuale esito positivo verrà reso disponibile, previo suo consenso, alla Struttura di II livello della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena (Centro Specialistico di riferimento), che la convocherà a visita: ciò consente di trattare più precocemente possibili infezioni non note, scongiurando l'evoluzione della malattia, le complicanze e la diffusione del contagio.

Il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, secondo le modalità indicate nella Informativa specifica, allegata al presente modulo, che l'Azienda USL di Modena, Titolare del trattamento, le fornisce ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679.

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome in stampatello)

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Prov. (____)

Via _____ CAP _____

Telefono _____

DICHIARA

- di avere letto/è stata illustrata in una lingua nota e di aver compreso tutte le informazioni utili riferibili al Programma di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV);
- di autorizzare/NON autorizzare (cancellare la voce che non interessa) l'Azienda USL di Modena ad eseguire lo screening;
- di autorizzare/NON autorizzare (cancellare la voce che non interessa) l'Azienda USL di Modena ad inviare l'esito del test alla Struttura di II livello della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, per la successiva convocazione a visita;
- di autorizzare/NON autorizzare (cancellare la voce che non interessa) l'eventuale utilizzo di detto materiale biologico per eventuali ulteriori accertamenti diagnostici disponibili;
- di autorizzare/NON autorizzare (cancellare la voce che non interessa) dopo l'esecuzione dei test la conservazione del/i campione/i biologici residui presso il Laboratorio di Virologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. In caso di NON autorizzazione alla conservazione, il campione verrà eliminato.

Luogo e data: _____ Firma: _____

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 e data: _____ Firma: _____