

## CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME HIV

Consenso richiesto secondo le disposizioni del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) ed in osservanza del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati (UE) 2016/679

**Io sottoscritto** (nome e cognome).....nato a  
..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale.....residente a (Comune,  
Prov.) ..... via (indirizzo) .....

**DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO le informazioni sul trattamento dei dati personali** per le finalità del test HIV e dopo essere stato informato dei diritti a me riconosciuti, ai sensi degli artt. 15 e seguenti del Regolamento Generale sulla protezione dei dati

**PRESTO IL CONSENSO** SI  NO   
ad essere sottoposto/a ad accertamenti sierologici, attraverso prelievo ematico, tendenti ad accertare l'infezione da HIV

### DOSSIER SANITARIO E FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il Dossier sanitario è lo strumento informatizzato eventualmente utilizzato presso l'Istituto che raccoglie informazioni sulla salute dell'Assistito al fine di documentarne la storia clinica ed offrirgli un migliore percorso di cura. Si differenzia dal Fascicolo sanitario elettronico in cui invece confluisce l'intera storia clinica del paziente, generata e condivisa tra diverse Strutture sanitarie regionali e nazionali.

**IDENTIFICAZIONE DOSSIER SANITARIO :** .....  
[indicare il nome dell'eventuale strumento informatico utilizzato come dossier sanitario]

**ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER** SI  NO   
**E ALL'INSERIMENTO DI TUTTI I DATI PRODOTTI D'ORA IN POI** SI  NO   
**ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO ANCHE DI TUTTI I DATI PRECEDENTI** SI  NO

SI RICHIEDE  L'OSCURAMENTO  DE-OSCURAMENTO DELL'EVENTO

### FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE REGIONE PUGLIA)

**ACCONSENTO ad inserire nel DS/FSE informazioni sanitarie inerenti la sieropositività** SI  NO   
 OSCURAMENTO  DE-OSCURAMENTO DELL'EVENTO

Data : .....  
**FIRMA DEL PAZIENTE** (firma per esteso e leggibile) : .....

**FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE :** .....

## **INFORMAZIONI SULL'ESECUZIONE DEL TEST HIV**

Gentile Signore/a,

L'HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) è il virus che causa l'AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), una malattia infettiva che attacca e compromette gravemente le difese del nostro organismo mettendo a rischio la vita, se non curata. Una persona che contrae l'HIV diventa sieropositiva e può trasmettere l'infezione ad altre persone. Tutti possiamo contrarre l'HIV.

L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso:

- rapporti sessuali non protetti (senza preservativo) con persone HIV positive,
- sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone HIV positive,
- madre HIV positiva che può trasmettere l'infezione al figlio durante la gravidanza, il parto o l'allattamento.

**Il test HIV.** L'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. I tempi per l'esecuzione del test e per il ritiro dei risultati sono variabili per ragioni di tipo tecnico e indipendentemente dall'esito dell'analisi. Gli operatori sanitari della struttura dove viene effettuato il test HIV sono a disposizione per fornire spiegazioni relative ai risultati dell'indagine diagnostica.

**Il risultato del test HIV.** Se il risultato del test HIV è:

- **NEGATIVO/NON REATTIVO:** significa che non ci si è infettati.

**Attenzione:** il test può risultare negativo/non reattivo anche se tra un comportamento a rischio (es. rapporto sessuale non protetto con persona HIV positiva) e l'esecuzione dell'esame è trascorso un tempo troppo breve (es. un mese). In tali casi, su valutazione medica, si consiglia la ripetizione del test.

- **POSITIVO/REATTIVO:** significa che ci si è infettati.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito "GDPR"), concernenti la tutela del trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti saranno trattati nel rispetto della normativa vigente e degli obblighi di riservatezza cui è tenuti, per legge, lo scrivente Istituto.

### ***Natura e finalità del trattamento***

Il conferimento dei dati personali è facoltativo, ma esso è necessario per consentire di ricevere i risultati del/i test/i da lei richiesto/i.

### ***Modalità di trattamento e conservazione***

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, con modalità e strumenti in grado di rispettare le misure di sicurezza di cui all'art. 32 del GDPR 2016/679, ad opera di soggetti autorizzati, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, dopo l'esecuzione del test, i suoi campioni biologici verranno conservati per il tempo necessario all'eventuale verifica dei risultati. Anche i risultati dei test saranno conservati presso il laboratorio di analisi in conformità ai vigenti obblighi normativi sulla conservazione dei documenti diagnostici.

### ***Ambito di comunicazione e diffusione***

Ai sensi dell'art.5 comma 4 - Legge 135 del 5 giugno 1990, La comunicazione del risultato del test HIV, potrà essere data esclusivamente al diretto interessato.

### ***Diritti dell'interessato***

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli artt. 15-22 GDPR 2016/679, il diritto di:

- a. chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali;
- b. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c. ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d. ottenere la limitazione del trattamento;
- e. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f. opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
- g. opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h. chiedere la revoca del consenso in qualsiasi momento;
- i. proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Per esercitare i suoi diritti può inviare una richiesta scritta al Titolare del trattamento o al Responsabile della protezione dei dati.

**Il Titolare del trattamento dei dati** è l'Istituto Tumori di Bari "Giovanni Paolo II" di Bari I.R.C.C.S., Viale Orazio Flacco 65 - 70124 Bari, in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti riferimenti :

Telefono: 0805555053 Email: [segreteriaidg@oncologico.bari.it](mailto:segreteriaidg@oncologico.bari.it) Pec : [direzione.generale@pec.oncologico.bari.it](mailto:direzione.generale@pec.oncologico.bari.it)

**Il Responsabile della protezione dei dati** è la dott.ssa Iris Mannarini contattabile ai seguenti riferimenti :

Telefono 0805555389 Email : [rpd@oncologico.bari.it](mailto:rpd@oncologico.bari.it) Pec: [privacy@pec.oncologico.bari.it](mailto:privacy@pec.oncologico.bari.it)

Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs>, nell'apposita sezione "Privacy".