

	Direzione Sanitaria CONSENSO DEL PAZIENTE FONTE AI PRELIEVI PREVISTI DAL PROTOCOLLO PER L'ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A RISCHIO BIOLOGICO	Mod. 0170	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>consenso paziente fonte</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

Io sottoscritto/a _____ a seguito
di contatto accidentale di personale della Nuova Casa di Cura Città Sant'Anna con sangue
e/o materiale biologico proveniente dal mio organismo verificatosi il _____
presso il Servizio di _____

☐ ACCETTO

☐ RIFIUTO

di eseguire i seguenti prelievi secondo le modalità ed i tempi previsti:

☐ HBsAg

☐ Anti-HBs

☐ Anti-HCV

☐ Anti-HIV

☐ Anti-DELTA

☐ VDRL-TPHA

Data: __ / __ / ____

FIRMA _____