

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                    |                                       |                |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
|  | <p style="text-align: center;">Direzione Sanitaria</p> <p style="text-align: center;"><b>CONSENSO INFORMATO DEL DIPENDENTE<br/>ALLA PROFILASSI<br/>POST ESPOSIZIONE AD HIV</b></p> | Mod. 0172                             | Pag. 1 di 1    |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                    | Parola chiave: <i>Cons dipend HIV</i> |                |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                                    | Rev. 00                               | del 15/10/2024 |

Lei ha segnalato un incidente verificatosi durante l'attività lavorativa che comporta un potenziale rischio di infezione ad HIV; per questo motivo Le viene offerta la possibilità di assumere dei farmaci come mezzo per prevenire la trasmissione dell'infezione (profilassi).

Alla luce delle attuali conoscenze Lei è stato informato:

- sull'entità del rischio di infezione da HIV in generale ed in riferimento al Suo caso specifico;
- che alcuni studi specifici hanno evidenziato la potenziale efficacia dell'assunzione dei farmaci diretti contro l'HIV nel ridurre tale rischio;
- che i risultati di tali studi non possono comunque essere considerati definitivi e che, sulla base delle attuali limitate conoscenze, l'efficacia di tali farmaci nel prevenire l'infezione non può considerarsi assoluta;
- che esistono pochi dati sulla tossicità di tali farmaci in soggetti senza infezione da HIV, soprattutto per quanto riguarda gli effetti a lungo termine ritenuti improbabili;
- delle possibili controindicazioni di tali farmaci, tra cui la gravidanza;
- delle modalità di somministrazione dei farmaci e dei controlli previsti.

I suoi diritti medico-legali non sono in alcun modo messi in discussione qualsiasi possa essere la Sua decisione; in tutti i casi le visite, le consulenze ed i necessari controlli Le saranno assicurati senza alcuna spesa.

Lei può accettare tutti o solo alcuni dei farmaci che Le vengono proposti ed interrompere in qualsiasi momento la profilassi, anche se è consigliato discuterne con il medico specialista che La segue; i farmaci Le saranno forniti senza alcuna spesa da parte Sua.

La possibile efficacia della profilassi dipende in parte da un pronto inizio, per tale motivo Le viene richiesto di sottoscrivere ora il presente modulo sia in caso decida di assumere che di non assumere i farmaci.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

sulla base di quanto discusso con il Dott. \_\_\_\_\_ e

di quanto riportato nel presente modulo:

☐ ACCETTO LA PROFILASSI COMPLETA

☐ RIFIUTO

☐ ACCETTO LA PROFILASSI CON I SEGUENTI FARMACI:

---



---

Firma dell'operatore esposto

Firma del Medico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| info@santannacasale.it                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | www.santannacasale.it |
| <p>Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l. Viale Cavalli d'Olivola, 22 - 15033 - Casale M.to (AL) Tel 0142/334611 Fax 0142/75812</p> <p>Documento di proprietà della Nuova Casa di Cura Sant'Anna srl - Clinica Privata Accreditata.</p> <p>È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.</p> |                       |