

SCREENING GRATUITO PER EPATITE C

Gentile Sig./Sig.ra

Le viene offerta, **gratuitamente**, la possibilità di sottoporsi al **test per la ricerca del virus dell'epatite C**.
Perché sottoporsi al test:

- il virus dell'**Epatite C** è un nemico silenzioso, che **spesso non dà segni** della propria presenza ma che può provocare **cirrosi epatica** e **tumori**.
- Oggi per questa infezione esiste una **cura di breve durata** (massimo 3 mesi) con pochissimi e trascurabili effetti collaterali e **altamente efficace**, in grado di guarire oltre il 95% dei pazienti

L'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) è una delle principali cause di morte e ricovero nel mondo. Fino al 2015 ogni 30 minuti in Italia moriva una persona per le conseguenze dell'epatite C. Si calcola che nel nostro Paese circa tra **l'1% e l'1,5% della popolazione ne è affetta**; in particolare, in Lombardia si stima che circa **150.000** persone presentino l'infezione da HCV. Molti di questi casi però **rimangono non diagnosticati**. È per questo motivo che oggi La invitiamo a dare il suo consenso a sottoporsi al test per la ricerca nel sangue dell'anticorpo contro il virus HCV.

Le chiediamo di rispondere a queste brevi domande:

Si è mai sottoposto a questo test?

SI

NO

Se sì, quale è stato il risultato?

Positivo

Negativo

È già stato curato per l'epatite C con i nuovi farmaci?

SI

NO

Se si è già stati curati per l'epatite C **non è necessario sottoporsi** a questo nuovo prelievo.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e l'esame proposto, di aver letto l'informativa privacy e di aver compreso le finalità e modalità di trattamento dei miei dati nonché i diritti a me riservati in quanto interessato
Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

a eseguire il test di screening per HCV, al trattamento dei dati personali richiesti, all'inserimento dei tali sulla piattaforma regionale dedicata al monitoraggio della campagna di screening e, qualora risultassi positivo al test di screening di primo livello, alla comunicazione dei dati al centro specialistico.

Se il test risultasse positivo verrà contattato/a per completare gli aggiornamenti diagnostici.

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

CELLULARE

EMAIL

Data

Firma del paziente/amministratore di sostegno

Luogo



Regione
Lombardia

DICHIARO DI AVER LETTO L'INFORMATIVA PRIVACY E PRESTO LIBERAMENTE E
CONSAPEVOLMENTE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER L'INSERIMENTO
DEGLI STESSI ALL'INTERNO DELLA PIATTAFORMA REGIONALE AL MONITORAGGIO
DELLA CAMPAGNA DI SCREENING.

FIRMA
