



CONSENSO INFORMATO

## MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

MEDICO / CENTRO INVIANTE

### PAZIENTE

Nome: .....

Cognome: .....

Data di nascita: GG / MM / AAAA   /   /

Codice Fiscale: .....

Via: .....

Città: .....

CAP: .....

Telefono: .....

Email: .....

*Firmando questo modulo, dichiaro di aver letto e compreso il consenso informato. Sono altresì a conoscenza della possibilità di visitare il sito web [www.istitutovarelli.it](http://www.istitutovarelli.it) per ottenere maggiori informazioni relative agli ultimi aggiornamenti normativi e alle informazioni tecniche o mediche inerenti il test. Sono consapevole che le informazioni contenute sul sito web non sostituiscono una consulenza medica, una diagnosi o un trattamento.*

*Dichiaro inoltre di aver ricevuto tutte le informazioni previste ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e, ai sensi dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 presto il mio consenso al trattamento dei dati personali per l'espletamento del servizio richiesto.*

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### INDICAZIONI

Indicazioni / Diagnosi sospetta: .....  
.....  
.....

Principali sintomi clinici: .....  
.....  
.....  
.....

### TEST

#### SCEGLIERE UN'OPZIONE

#### Malattie sessualmente trasmissibili

**MST BASIC - 7 microrganismi**

**MST PLUS - 14 microrganismi**

**MST PREMIUM - 28 microrganismi**

**MST SANGUE- 5 patologie**



### TIPOLOGIA DI CAMPIONE

- URINE
- TAMPONE VAGINALE
- SANGUE

### ACCETTAZIONE / CONSENSO:

- SI  NO Desidero essere informato/a sui risultati del test.
- .....
- SI  NO Il mio medico ha stabilito che sono un/a candidato/a idoneo/a per questo test e che sarà lui/lei a ricevere i risultati di questo test e a effettuare un'appropriata valutazione medica dei risultati e/o a raccomandare ulteriori indagini.
- .....
- SI  NO Ho ricevuto dettagliate informazioni sull'analisi che mi accingo ad eseguire, di aver compreso e valutato tutti gli aspetti dell'esame, di aver compreso l'utilità e le finalità dell'analisi ed i suoi eventuali limiti. Ho avuto inoltre modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ricevuto risposte che considero esaurienti.
- .....
- SI  NO Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in base all'art.13 del D.Lgs 196/2003, al REG. UE 679/2016 e all'art. 13 GDPR 679/16.
- .....
- SI  NO Mi impegno a comunicare un eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome e Cognome  
in stampatello

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_