

CONSENSO INFORMATO RIGUARDANTE GLI ESAMI DI LABORATORIO PER LA DIAGNOSTICA DELL'AIDS

COD. CINF01.1

LABORATORIO A. FLEMING ANALISI CLINICHE

Sede _____

Operatore _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato il _____

residente a _____

via _____

telefono _____

- chiede di poter utilizzare per l'esecuzione dei suoi esami un nome di fantasia corrispondente a _____
- dichiara di essere stato informato dal Medico Prescrittore che deve effettuare gli esami sul sangue per la diagnosi per l'AIDS
- dichiara di NON essere stato informato che deve eseguire gli esami per l'AIDS ed in merito:
- accetta di sottoporsi al prelievo di sangue per l'esecuzione dei test per l'AIDS
- NON accetta di sottoporsi ai test per l'AIDS

FIRMA

DATA
