

Modulo: Richiesta esame anonimo HIV

Gentile Signora, Egregio Signore,

con la presente La informiamo che in occasione dell'esecuzione del test HIV in forma anonima, Lei può usufruire di una consulenza da parte di un medico. Per persone di età inferiore a 18 anni la consulenza è obbligatoria. Tale colloquio potrà avvenire, a Sua scelta, direttamente il giorno del prelievo oppure al momento del ritiro del referto.

Per poter effettuare la registrazione in forma anonima nel programma informatico del laboratorio, La invitiamo gentilmente a comporre la Sua sigla anonima, indicando la prima e terza lettera del Suo cognome, la prima e terza lettera del Suo nome e il giorno della Sua nascita. Con questa sequenza alfanumerica non è possibile risalire alla Sua identità.

Esempio: **Rossi Paolo** nato il **13.09.1950** = RSP013

Scriva cortesemente la Sua sigla anonima: _____.

La preghiamo di indicare se vuole usufruire del **colloquio** con un medico:

- Si
- no

La preghiamo di indicare la Sua **fascia di età**:

- Ho un'età superiore a 18 anni.
- Ho un'età compresa tra 16 e 18 anni.
- Ho un'età inferiore a 16 anni.

Ringraziamo per la Sua attenzione e collaborazione.