

## كشف مجاني عن فيروس التهاب الكبد من النوع سي

السيد الفاضل/السيدة الفاضلة

يُعرض عليك إمكانية الخضوع - **بالمجان** - لاختبار الكشف عن فيروس التهاب الكبد من النوع سي.

### لماذا تخضع للاختبار:

- يُعد فيروس التهاب الكبد من النوع سي عدوًا صامتًا حيث لا يظهر في أغلب الأحيان أي علامات على وجوده لكنه يُمكن أن يؤدي إلى الإصابة بتليف الكبد والأورام.
- اليوم، يوجد لهذه العدوى علاجًا قصير الأجل (بعد أقصى 3 أشهر) بآثار جانبية ضئيلة وقليلة للغاية وفعالية عالية حيث أنه قادر على علاج ما يزيد عن 95% من المرضى.

إن الإصابة بعدوى مزمنة ناتجة عن فيروس التهاب الكبد من النوع سي هي أحد الأسباب الرئيسية للوفاة ودخول المستشفيات في جميع أنحاء العالم. فحتى عام 2015، كان يموت شخص كل 30 دقيقة في إيطاليا بسبب الآثار الناتجة عن فيروس الكبد من النوع سي. تشير الحسابات إلى أن نسبة حوالي 1% إلى 1.5% من السكان في دولتنا قد تعرضت للإصابة؛ وبصفة خاصة، تشير التقديرات في لومبارديا "Lombardia" إلى وجود حوالي 150.000 شخصًا مصابون بفيروس الكبد من النوع سي. لكن يظل الكثير من هذه الحالات بدون تشخيص.

ولهذا السبب، ندعوك اليوم للموافقة على الخضوع لاختبار للكشف عن الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد سي في الدم.

### نطلب منك الإجابة على هذه الأسئلة الموجزة:

- (أ) هل سبق لك أن خضعت لهذا الاختبار؟ ☐ نعم ☐ لا
- (ب) إذا كانت الإجابة نعم، فماذا كانت النتيجة؟ ☐ إيجابية ☐ سلبية
- (ج) هل خضعت من قبل للعلاج من التهاب الكبد من النوع سي باستخدام الأدوية الجديدة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كنت قد خضعت من قبل للعلاج من التهاب الكبد من النوع سي بالأدوية الجديدة، فلن تحتاج إلى الخضوع لسحب عينة جديدة.

### الإدلاء بالموافقة

أقر أنا الموقع/الموقعة أدناه بأنني قد حصلت على المعلومات التي تمكنني من فهم ظروف السريية والاختبار المقترح وبأنني قد قرأت نشرة معلومات الخصوصية وقد فهمت أهداف وطرق معالجة بياناتي وكذلك الحقوق المكفولة لي كطرف معني بالأمر

بعد تقييم المعلومات المستلمة:

☐ أوافق ☐ لا أوافق

على إجراء اختبار الكشف عن فيروس التهاب الكبد من النوع سي وعلى معالجة البيانات الشخصية المطلوبة وعلى إدراج تلك البيانات على المنصة الإقليمية المخصصة لمراقبة حملة الكشف عن الفيروس وعلى إرسال البيانات إلى المركز المختص إذا جاءت نتيجة اختبار الكشف الخاص بالمستوى الأول إيجابية.

إذا جاءت نتيجة الاختبار إيجابية سيتم الاتصال بك لإكمال تحديثات التشخيص.

اللقب الاسم	_____
تاريخ الميلاد	_____
الكود الضريبي	_____
الهاتف الخليوي	_____
البريد الإلكتروني	_____

توقيع المريض/مسؤول الدعم

التاريخ.....

المكان.....

.....