

CRIBADO GRATUITO PARA HEPATITIS C

Estimado/a señor/señora:

Le ofrecemos la posibilidad de someterse **gratuitamente** a la **prueba de detección del virus de la hepatitis C**.

Por qué someterse a la prueba:

- el virus de la **hepatitis C** es un enemigo silencioso que **no suele dar señales** de su presencia, pero que puede provocar **cirrosis hepática y tumores**.
- En la actualidad, para esta infección existe un **tratamiento de breve duración** (máximo 3 meses), con poquísimos e insignificantes efectos secundarios, y **extremadamente eficaz**, capaz de curar a más del 95 % de los pacientes.

La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) es una de las principales causas de muerte y hospitalización en el mundo. Hasta el año 2015, cada 30 minutos moría una persona en Italia por las consecuencias de la hepatitis C. Se calcula que en nuestro país, esta enfermedad **afecta al 1 % - 1,5 % de la población** aproximadamente; en particular, en Lombardía se estima que unas **150 000** personas padecen la infección del VHC. No obstante, muchos de estos casos **no se diagnostican**.

Por esta razón, hoy le invitamos a dar su consentimiento para someterse a la prueba de detección en sangre del anticuerpo contra el virus de la hepatitis C.

Le rogamos que responda a estas breves preguntas:

- a) ¿Alguna vez se ha sometido a esta prueba? ☐ **SÍ** ☐
NO
- b) En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado? ☐ **Positivo**
☐ **Negativo**
- c) ¿Ya ha recibido tratamiento de la hepatitis C con nuevos fármacos? ☐ **SÍ**
☐ **NO**

Si ya ha recibido tratamiento para la hepatitis C con los nuevos fármacos, no es necesario que se someta a esta nueva extracción.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, el/la abajo firmante, declaro haber recibido la información que me ha permitido comprender mis condiciones clínicas y el examen propuesto, haber leído la política de privacidad y haber comprendido los fines y modalidades de tratamiento de mis datos, así como los derechos que se me reservan en calidad de parte interesada.

Una vez valorada la información recibida:

☐ **CONSENTO**

☐ **NO CONSENTO**

la realización de la prueba de cribado de VHC, el tratamiento de los datos personales solicitados, la introducción de dichos datos en la plataforma regional dedicada a la supervisión de la campaña de cribado y, en caso de que la prueba de cribado de primer nivel resultase positiva, la comunicación de los datos al centro de especialidades.

Si la prueba resultase positiva, se pondrán en contacto con usted para completar las actualizaciones del diagnóstico.

APELLIDOS NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____

CÓDIGO FISCAL	_____
MÓVIL	_____
CORREO ELECTRÓNICO	_____

Fecha.....

Firma del paciente/tutor

Lugar

.....