

# DÉPISTAGE GRATUIT DE L'HÉPATITE C

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de vous soumettre **gratuitement** au **test de dépistage du virus de l'hépatite C**.

## Pourquoi passer le test ?

- Le virus de l'**hépatite C** est un ennemi silencieux : si **sa présence passe souvent inaperçue**, il peut à terme provoquer une **cirrhose** et un **cancer** du foie.
- Aujourd'hui, il existe pour cette infection un **traitement de courte durée** (maximum 3 mois) ayant des effets secondaires rares et bénins et une **haute efficacité**, en mesure de guérir plus de 95 % des patients.

L'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) est l'une des principales causes de décès et d'hospitalisation dans le monde. Jusqu'en 2015, en Italie, une personne mourait des conséquences de l'hépatite C toutes les 30 minutes. Selon les calculs, environ **1 à 1,5 % de la population de notre pays en est affectée** ; en Lombardie, quelque **150 000** personnes seraient porteuses du VHC. Bon nombre de ces cas **restent cependant non diagnostiqués**.

C'est pourquoi nous vous invitons aujourd'hui à donner votre consentement au test sanguin de recherche de l'anticorps contre le VHC.

## **Merci de bien vouloir répondre aux brèves questions qui suivent :**

- a) Avez-vous déjà passé ce test ? ☐ **OUI** ☐ **NON**
- b) Si oui, quel en a été le résultat ? ☐ **Positif** ☐ **Négatif**
- c) Avez-vous déjà reçu les nouveaux médicaments pour le traitement de l'hépatite C ? ☐ **OUI**  
☐ **NON**

Si vous avez déjà reçu les nouveaux médicaments pour le traitement de l'hépatite C, il n'est pas nécessaire que vous vous soumettiez à ce nouveau prélèvement.

## **EXPRESSION DU CONSENTEMENT**

Je soussigné(e) déclare avoir reçu les informations nécessaires à la compréhension de mon état clinique et de l'examen proposé, avoir lu la politique de confidentialité et avoir compris les finalités et modalités du traitement de mes données, ainsi que les droits qui me reviennent en tant que personne concernée.

Après avoir considéré les informations reçues :

☐ **JE CONSENS**

☐ **JE NE CONSENS PAS**

à passer le test de dépistage du VHC, au traitement des données à caractère personnel requises, à l'insertion de ces dernières sur la plateforme régionale consacrée au suivi de la campagne de dépistage et, si le test de dépistage de première ligne devait s'avérer positif, à la communication des données au centre spécialisé.

**Si le test devait s'avérer positif**, vous seriez contacté(e) en vue d'examens diagnostiques complémentaires.

**NOM PRÉNOM** \_\_\_\_\_  
**DATE DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_  
**CODE FISCAL** \_\_\_\_\_  
**TÉL. PORTABLE** \_\_\_\_\_  
**E-MAIL** \_\_\_\_\_

*Date .....*

*Signature du patient/représentant légal*

*Lieu* .....

.....