

All' A. U. S. L.....
Ufficio Speciale Legge 210/92
Via.....
Cap.....
Città.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, e successive modifiche il/la sottoscritto/a nella qualità di:

- diretto interessato
- esercente la patria potestà
- erede

chiede di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

- a) contagiato da infezione HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati o da vaccino;
- b) operatore sanitario che in occasione e durante il servizio, ha riportato danno permanente alla integrità psico-fisica conseguente ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV;
- c) danneggiato irreversibilmente da epatite a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati o da vaccinazione;
- d) danneggiato irreversibilmente da epatite o da Hiv per contagio da soggetto positivo di cui all'art. 1 della legge 210/92;
(e la differenza di L. 100.000.000 come da Art. 6 D.L. del 548 - 23/10/96; vedi pratica n° 500.U.S./ l. 210/ CMO/ /9
(inserire il numero di pratica vedi lettera Min. San. in alto a sinistra);
- f) danneggiato irreversibilmente da doppia patologia a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati o da vaccino come da

Art. 7 D.L. del 548 - 23/10/96 (inserire il numero di pratica vedi lettera Min. San. in alto a sinistra);

All'uopo, dichiara di essere nato a prov. (.....)
il e di risiedere in cap
Via n.

Allega inoltre:

- 1) scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati;
- 2) certificato di nascita;
- 3) certificato di stato di famiglia;
- 4) certificato di morte (3);
- 5)

Il sottoscritto dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

via..... n. Tel. n..... C.a.p..... Città.....
Codice fiscale Banca d'appoggio n. c/c
Ufficio Postale n. c/c

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

....., li

(firma del richiedente)

Cognome e nome.....
Luogo e data di nascita.....
Domicilio.....tel.....

Pratica n° 500.U.S./ l. 210/ CMO/ /9..... (inserire il numero di pratica vedi lettera Min. San. in alto a sinistra)

A) Condizione patologica che ha richiesto la trasfusione, la somministrazione di emoderivati o vaccinazioni:

- 1) politrasfuso per emopatia cronica:
- 2) trasfuso per evento acuto
- 3) operatore sanitario infettato
- 4) persona contagiata da un politrasfuso
- 5) danneggiato irreversibilmente da doppia patologia a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati o da vaccino come da Art. 7 D.L. del 548 - 23/10/96 (inserire il numero di pratica vedi lettera Min. San. in alto a sinistra);

Informazioni relative al prodotto/ti somministrato/ti per i soggetti di cui al punto 1)

Tipo/Tipi e periodo/i di somministrazione:

- | | | |
|----|-----|----|
| 1) | dal | al |
| 2) | dal | al |
| 3) | dal | al |

Annotazioni:

Persona contagiata Familiare Partner

Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2).

Tipo:.....

N° unità:

Data di somministrazione:

Luogo di somministrazione

Annotazioni:.....

Informazioni relative all'infezione HIV:

Data rilevamento sierologico: / /

Data diagnosi malattia: / /

Data grave immunodepressione (CD4<200 ml): / /

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Data rilevamento sierologico HBSAg: / /

Data anti HCV: / /

Data diagnosi di epatopatia irreversibile:

Data dell'avvenuto decesso:

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio.

Data evento che ha determinato l'infezione:

Informazioni relative all'infezione da HIV

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Data del decesso: / /

(firma e timbro del medico)