

## AUTODICHIARAZIONE ESPOSIZIONE A FATTORI DI RISCHIO

In ottemperanza al Decreto Legislativo n.16 del 25 Gennaio 2010 (DLG-16-2010, all. III, par.2.4), i sottoscritti:

Sig.ra..... e Sig.....

### DICHIARANO

- di avere in programma un trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita quale partner maschile/femminile;
- di vivere o aver soggiornato recentemente in aree geografiche con alta diffusione di:

	SIG.RA	SIG.
<b>MALARIA</b> (Africa, Asia, America Centrale, America Latina, Oceania, Caraibi)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>TRYPANOSOMA CRUZI</b> (Argentina, Belize, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Salvador, Guiana francese, Guatemala, Guyana, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Suriname, Uruguay, Venezuela)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>ZIKA VIRUS</b> ultimi sei mesi (partner maschile) /28 giorni (partner femminile) <b>(Africa:</b> Angola, Burkina Faso, Burundi, Capo Verde, Cameroon, Repubblica Centrale Africana, Costa D’Avorio, Etiopia, Gabon, Guinea-Bissau, Nigeria, Senegal, Uganda; <b>America:</b> Anguilla, Antigua e Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Bonaire, Sint Eustatius e Saba, Brasile, Isole Vergini britanniche, Isole Cayman, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, Repubblica Domenicana, Ecuador, El Salvador, Guiana Francese, Grenada, Guadaloupe, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Isola di Pasqua, Jamaica, Martinica, Messico, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Puerto Rico, Saint Barthélemy, Saint Kitts e Nevis, Saint Lucia, Saint Martin, Saint Vincent e Grenadine, Sint Maarten, Suriname, Trinidad and Tobago, Turks e Caicos, Stati Uniti d’America, Isole Vergini americane Venezuela; <b>Asia e Oceania:</b> Bangladesh, India, Indonesia, Maldive, Myanmar, Thailandia, Samoa americane, Cambogia, Isole Cook, Fiji, Polynesia francese, Laos, Isole Marshall, Malaysia, Micronesia, Nuova Caledonia, Palau, Papua Nuova Guinea, Filippine, Samoa, Singapore, Isole Solomon, Tonga, Vanuatu, Vietnam)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>HTLV-Io</b> di essere originari, di avere partner/genitori provenienti da tali aree <b>(Europa:</b> Romania; <b>Nord America:</b> Texas, North Dakota, Wyoming, Nevada, Louisiana, Mississippi, Alabama; <b>Oceania:</b> Territorio del Nord Australia, Isole Salomon, Vanuatu; <b>Asia:</b> Iran, Giappone, Taiwan; <b>Sud America:</b> Jamaica, Haiti, Rep. Domenicana, Panama, Guadalupa, Barbados, Martinica, Trinità e Tobago, Colombia, Venezuela, Guyana, Guyana Francese, Suriname, Perù, Brasile, Cile, Argentina; <b>Africa:</b> Mauritania, Senegal, Gambia, Guinea Bissau, Guinea, Sierra Leone, Liberia, Costa d’avorio, Ghana, Togo, Benin, Burkina Faso, Mali, Nigeria, Ciad, Camerun, Rep. Centrafricana, Sao Tome e Principe, Guinea Equatoriale, Gabon, Congo, Rep. Dem. del Congo, Mozambico, Sud Africa)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Data \_\_\_\_\_

Firma SIG.RA \_\_\_\_\_ Firma SIG. \_\_\_\_\_