



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 g-RDTs

Gent.mo/a Utente,

la informiamo che per tampone rapido si intende la ricerca dell'antigene SARS-CoV-2 (rapid diagnostics test Ag-RDTs) mediante tampone nasofaringeo. I test antigenici sono di tipo diretto, ossia valutano direttamente la presenza del virus nel campione clinico. Il risultato della reazione antigene/anticorpo può essere direttamente visibile a occhio nudo o letto mediante una semplice apparecchiatura al "point of care" senza la necessità di essere effettuato in un laboratorio.

Un risultato negativo del test non esclude la possibilità di un'infezione da SARS-CoV-2 e la negatività del campione, a fronte di forte sospetto di COVID-19, deve essere confermata mediante test molecolare (obbligatorio per i casi dubbi e/o positivi). La informiamo quindi delle specifiche circa l'esito del test e degli adempimenti che dovranno essere rispettati qui di seguito riportati:

- l'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione esito;
- la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
- la positività al test comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, che dovrà essere rispettato dalla persona/e sino a conferma con esito di tampone per ricerca di RNA virale;
- in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
- l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo.

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 g-RDTs

Io sottoscritto:

Nome e cognome: nato/a il e residente in.....

Via con codice fiscale (*) e reperibile

al seguente recapito telefonico diretto (*) indirizzo e-mail (*)

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

In caso di paziente minore:

Genitori

Nome e cognome del padre..... Data di nascita

Nome e cognome della madre Data di nascita

In caso di paziente con tutela:

Rappresentante Legale **Amministratore di sostegno** **Tutore/Curatore** (come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

Nome e cognome: Data di nascita

Nel caso di presenza di: **Interprete e/o Testimone :** NO SI

DICHIARO

- di aver preso visione dell'informativa sopra riportata
- di essere stata/o informata/o delle specifiche circa l'esito del test e degli adempimenti
- esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio.

Data

Ora

FIRMA DEL PAZIENTE

(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

FIRMA Operatore Sanitario

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete:

FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE

REVOCA del CONSENSO

Il sottoscritto in data

Dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle probabili conseguenze derivanti dal mio rifiuto.

Firma del paziente

(o dei genitori e/o del rappresentante legale)

Timbro e Firma del Medico

Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D.lgs. 10/08/2018 n.101

ALL.A- Protocollo test antigenici-Covid-19/ Informativa e CI per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo)/Rev1/Febrero 2021

Pag. 1 a 1