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. 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'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 **FIRMA Operatore Sanitario**
(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

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