## **INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER L’EFFETTUAZIONE DEL TEST MOLECOLARE RICERCA DI RNA VIRALE -SARS-COV2**

**Caratteristiche del patogeno**

Il SARS-CoV-2 è l’agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019). Secondo le evidenze scientifiche disponibili, il SARS COV2, il virus che causa Covid19, si trasmette nella popolazione attraverso il contatto diretto e droplets.

L’agente eziologico della malattia COVID-19 è stato ritrovato in vari distretti delle vie respiratorie superiori e inferiori come faringe, rinofaringe, espettorato e fluido bronchiale.

I sintomi sono i seguenti: febbre, congiuntivite, raffreddore, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, tosse, perdita di gusto e olfatto, altri sintomi simil influenzali.

La trasmissione è dovuta principalmente alle goccioline che si emettono tramite il respiro. Il virus si può trasmettere da persona a persona anche toccando con mani non adeguatamente lavate la bocca, il naso e gli occhi, ecc**.**

**Scopo del test molecolare SARS-CoV-2**

Lo scopo è la ricerca del RNA di SARS-CoV-2 al fine di confermare o meno la positività alla malattia.

**Caratteristiche del Test**

Il test diagnostico identifica la presenza del RNA del Virus per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2. Al momento è l’unico definitivamente diagnostico secondo i protocolli indicati dall’ OMS.

**Come si esegue**

Il Test diagnostico consiste in un prelievo delle cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore o della rinofaringe, mediante un piccolo bastoncino ovattato.

**Esito del test**

Il tampone avrà **esito negativo o positivo**

In caso di esito negativo il paziente verosimilmente non ha l’infezione da SARS-CoV-2 e dunque non va incontro ad alcuna misura di contenimento.

In caso di esito positivo il paziente deve seguire le indicazioni di isolamento domiciliare, evitare i contatti con le altre persone inclusi i familiari e contattare immediatamente il medico curante. Il paziente deve seguire le indicazioni per il rientro in collettività secondo quanto stabilito dalla Regione Lombardia.

* 1. **Comunicazione dati**
	2. Il risultato del test, i suoi dati anagrafici e ulteriori dati necessari per le procedure del caso verranno forniti ad ATS.
	3. **Trattamento dei dati personali**

Le informazioni acquisite costituiscono dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (il “GDPR”).

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

**INFORMATIVA e CONSENSO INFORMATO**

**vanno consegnati firmati prima dell’effettuazione del tampone naso faringeo**

**CONSENSO INFORMATO PER L’EFFETTUAZIONE**

**DEL TEST** **MOLECOLARE PER LA RICERCA RNA VIRALE -SARS-COV2**

**Nome e cognome:** ……………………………………………………………………………….........................

Luogo di nascita ………………………..………..…………nato/a il ………….…….

|  |
| --- |
| **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 avere letto e compreso l’informativa in merito al test molecolare con prelievo delle mucose tramite tampone oro-faringeo e nasale per la ricerca RNA virale SARS-COV2.

Dichiaro, in particolare:

* di aver compreso che il test molecolare è basato sull’identificazione di RNA virale;
* di aver preso visione delle misure di isolamento domiciliare in caso di ESITO POSITIVO del tampone;
* di essere a conoscenza che il risultato del test, i dati anagrafici e ulteriori dati necessari per le procedure del caso saranno inviati ad ATS;

Dichiaro, inoltre:

* di essere stato sottoposto alla Vaccinazione COVID 19:

 si  no Se si quando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* pregressa infezione da SARS COV2:

 si  no Se si quando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di NON AVERE SOGGIORNATO o transitato, nei 14 giorni antecedenti, in paesi esteri
* di AVERE SOGGIORNATO O TRANSITATO, nei 14 giorni antecedenti, in paesi esteri

Se si quale? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Motivo di esecuzione del test molecolare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* In caso di ESITO POSITIVO dovrò:
* Sottopormi alla misura di ISOLAMENTO DOMICILIARE e dovrò INFORMARE TEMPESTIVAMENTE

IL MIO MEDICO CURANTE;

* seguire le indicazioni per il rientro nella collettività secondo quanto stabilito dal MINISTERO della SALUTE.

Pertanto, in base all’informativa ricevuta:

 **ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO**

a sottopormi al test diagnostico sull’identificazione di RNA virale SARS-CoV-2 tramite tampone nasofaringeo.

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 …………………………………………………………………………….