

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA COVID-19 Ag-RDTs

La/il sottoscritta/o _____
Nato/a _____ a prov. _____ il _____
e residente in _____ prov. _____ Via _____
con codice fiscale(*) _____ e reperibile al seguente recapito telefonico
(*) _____ indirizzo e-mail (*) _____ medico di
famiglia (*) _____ Data inizio sintomi (se presenti*) _____

(*) questi dati sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione:

(con acquisizione dell'autorizzazione all'esecuzione del test da parte di entrambi i genitori)

In qualità di _____ del minore:

Cognome del minore _____ Nome del minore _____
Codice fiscale del minore (*) _____

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19-Ag-RDTs

E' necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell'esito, delle azioni conseguenti e degli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- l'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
- il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna del referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione esito;
- la positività al test comporta la comunicazione del risultato al medico di famiglia;
- la positività al test comporta l'informativa all'utente, da parte del personale sanitario che esegue il test, sulle disposizioni riguardo l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino all'esito del tampone per ricerca di RNA virale;
- in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata

Data _____ Firma leggibile _____

ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 – Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio

Data _____ Firma leggibile _____

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation"

Data _____ Firma leggibile _____