

Consenso informato e Adesione per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs –

Il sottoscritto (COGNOME) _____ (NOME) _____,

Cod. Fisc. _____, nato a _____ (_____) il _____

Residente in _____ (_____), Via/Piazza _____, n. _____,

Tel./Cell _____, e-mail _____,

tutte le informazioni suindicate sono obbligatorie, tranne la mail che è comunque fortemente consigliata

<< >>

In caso di accompagnamento di minore per l'effettuazione del test, è obbligatorio inserire le successive informazioni richieste

in qualità di _____ del minore di seguito indicato

Cognome (DEL MINORE) _____ Nome (DEL MINORE) _____

Cod. Fisc. (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 ai test sia a conoscenza del significato dell'esito e delle azioni conseguenti.

Di seguito, le specifiche circa l'esito del test e gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- ✓ 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 di 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.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa soprariportata

Data _____

Firma leggibile _____

Ed 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 ed alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio

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

Data _____

Firma leggibile _____