

CONSENSO INFORMATO PER TEST **ANTIGENICO RAPIDO**

per **Trittico ABC** da TAMPONE RINOFARINGEO

Il test ANTIGENICO RAPIDO (METODO IMMUNOCROMATOGRAFICO), è il test che rileva la presenza dell'antigene del SARS-CoV-2 in campioni da tampone nasofaringeo. • Un risultato positivo deve essere confermato tramite il metodo di riferimento RT-PCR. • Un risultato negativo non esclude con certezza un'infezione. In caso di persistenza di sintomi o di sospetto contagio, si raccomanda di effettuare un nuovo prelievo o di analizzare il campione con il metodo RT-PCR; altresì si precisa inoltre accettandone, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test e le relative percentuali di errore diagnostico e le alternative al test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato alle autorità pubbliche competenti.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
Residente a _____ in via _____ CAP _____ Prov _____
Tel: _____ e-mail _____

In qualità di (*crociare la casella che interessa*):

- genitore di _____ nato/a a _____ il _____

- studente e/o lavoratore che rientra per le vacanze pasquali
- lavoratore a contatto col pubblico
- cittadino "fragile"
- soggetto non appartenente a nessuna delle precedenti categorie

presto non presto

il consenso all'esecuzione del suddetto esame, accettandone i relativi rischi di errore diagnostico ed i limiti intrinseci al test.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che tale comunicazione possa comportare l'esonero immediato dall'attività lavorativa e di aver compreso le relative conseguenze.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di avere letto e compreso la sezione informativa relativa al trattamento dei dati personali ex art. 13, D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e, pertanto:

- autorizza espressamente Angels Salento Onlus al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge SI NO

- autorizza alla comunicazione dei risultati alle Autorità competenti (per le Regioni che lo prevedono) SI NO

IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI

Inoltre autorizza a rendere partecipe dei risultati il dott. _____ SI NO

Autorizza a rendere partecipe dei risultati il/la Sig./Sig.ra _____ SI NO

Autorizza al trattamento dei propri dati analitici, nel pieno rispetto dell'anonimato, per eventuali studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità SI NO

Data _____

Firma del paziente

Firma del sanitario che ha raccolto il consenso

Il presente consenso informato è revocabile in qualsiasi momento.

Il sottoscritto _____ dichiara di voler **REVOCARE** il consenso.

Data _____ Firma _____