

Gentile Utente

Le rendiamo il presente documento descrittivo in relazione alla prestazione sanitaria sotto descritta.

La invitiamo a prenderne visione e a esprimere il Suo consenso informato all'esecuzione di tale prestazione.

I trattamenti di dati relativi all'esecuzione di tali attività avverranno nel rispetto della normativa vigente sulla protezione dei dati (Art. 13 e 14 del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679).

#### ***CHE COS'E' IL TEST RAPIDO – COVID 19 test Antigenico***

Il test antigenico su tampone è un test propriamente diagnostico per rilevare la presenza del virus in un preciso istante; Tale test, di tipo qualitativo, a differenza del Test molecolare, non ricerca il genoma virale ma la presenza di proteine di superficie del virus (proteina S Spike) e ha assunto un'importanza fondamentale per intercettare e controllare tutti i soggetti potenzialmente infetti come anche quelli a stretto contatto con casi confermati o che presentano sintomi ascrivibili all'infezione causata da SARS-CoV-2.

Occorre specificare che il test rapido può risultare negativo se la concentrazione degli antigeni è inferiore al limite di rilevamento del test (esempio se il tampone è stato eseguito troppo precocemente rispetto all'ipotetico momento di esposizione) e che esso necessita, come da Delibera della Giunta Regionale n. 5-2124 del 20/10/2020, in caso di riscontro di positività, di ulteriore convalida con il Test molecolare.

Occorre specificare che il test rapido può risultare negativo se la concentrazione degli antigeni è inferiore al limite di rilevamento del test (esempio se il tampone è stato eseguito troppo precocemente rispetto all'ipotetico momento di esposizione) oppure nullo (se il prelievo non è stato effettuato correttamente).

#### ***COME SI ESEGUE IL TAMPONE***

Viene eseguito il tampone nasofaringeo per la sua maggiore sensibilità e specificità diagnostica. Si tratta di una procedura che consiste nel prelievo delle cellule superficiali della mucosa del rino-faringe posteriore, mediante un piccolo bastoncino di materiale sintetico flessibile in grado di trattenere materiale organico.

Il prelievo viene eseguito in pochi secondi da personale sanitario formato (medico o infermiere/a) ed ha un'invasività minima, originando, al più, un piccolo fastidio nel punto di contatto. L'esito è pressochè immediato e fornito dopo circa 15 minuti

#### ***ESITO POSITIVO DEL TAMPONE***

***Il cliente verrà informato dell'esito dopo circa 15 minuti tramite l'email fornita al momento della prenotazione***

***Il risultato del tampone verrà comunicato al Medico di Medicina Generale e/o alla piattaforma Covid Regionale***

La presenza del virus nelle mucose respiratorie è indice di attività replicativa, quindi l'**individuo è infetto e contagioso**. Pertanto, **dovrà tempestivamente informare** il proprio **medico di medicina generale**, e dovrà **rimanere in isolamento fiduciario** presso il proprio domicilio in attesa delle disposizioni del MMG e nel rispetto degli adempimenti previsti dalle normative vigenti. I test rapidi per la ricerca dell'antigene del COVID-19, necessitano di ulteriori convalide per determinare l'accuratezza del risultato positivo mediante test molecolare per la ricerca RNA virale. Si tratta di una misura fondamentale per contenere la diffusione del virus.

#### ***ESITO NEGATIVO DEL TAMPONE***

***Il cliente verrà informato dell'esito dopo circa 15 minuti tramite indirizzo email fornito al momento della prenotazione***

***Il risultato del tampone verrà comunicato al Medico di Medicina Generale e/o alla piattaforma Covid Regionale***

Un risultato negativo del test alla data di esecuzione significa che l'individuo non è infetto o contagioso, ma non assicura che il paziente non possa infettarsi il giorno successivo.

**CONSENSO INFORMATO PER  
ESECUZIONE TEST TAMPONE RAPIDO  
COVID-19 E ASSUNZIONE DI OBBLIGHI  
IN CASO DI POSITIVITA'**

=====

A seguito della lettura di quanto sopra riportato Le chiediamo di sottoscrivere il presente consenso informato all'esecuzione del tampone rino-faringeo compilando il seguente modulo in maniera chiara

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA**

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) In (Via/Corso) \_\_\_\_\_ Documento d'Identità n. \_\_\_\_\_

Rilasciato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

**IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE (età superiore a 7 anni):**

Padre/madre/esercente la potestà sul minore o soggetto incapace \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) In (Via/Corso) \_\_\_\_\_ Documento d'Identità n. \_\_\_\_\_

Rilasciato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**NOMINATIVO MEDICO CURANTE/COMPETENTE** \_\_\_\_\_

**RECAPITO TELEFONICO MEDICO CURANTE/COMPETENTE** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO E-MAIL CURANTE** \_\_\_\_\_

- **ESPRIMO IL MIO CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZO L'ESECUZIONE DEL TEST ANTEGENICO RAPIDO ICov 502 -COVID 19** a seguito del prelievo del campione prelevato a me stesso in data odierna  
*O prelevato a mio/a figlio/a/minorenne o a soggetto sottoposto alla mia tutela* \_\_\_\_\_
- **SONO CONSAPEVOLE CHE UN RISULTATO POSITIVO DEBBA ESSERE COMUNICATO TEMPESTIVAMENTE AL MEDICO CURANTE**
- **SONO CONSAPEVOLE CHE UN EVENTUALE ESITO POSITIVO COMPORTA L'ISOLAMENTO FIDUCIARIO IMMEDIATO IN ATTESA DELLE INDICAZIONI DEL MEDICO CURANTE E/O DELL'AUTORITA' SANITARIE**
- **SONO CONSAPEVOLE CHE IL RISULTATO DEL MIO TEST VERRA' COMUNICATO ALLE AUTORITA' SANITARIE**
- **DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO IL SIGNIFICATO DEL TEST RAPIDO PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DEL COVID-19.**

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso il significato del test e si impegna a rispettare le misure previste in caso di positività, consapevole dei rischi di diffusione del COVID-19 ad altre persone e delle possibili sanzioni in cui potrebbe incorrere.

**Firma del richiedente il Test** \_\_\_\_\_

**Se minorenne: nome e cognome del/i genitore/i o del tutore in stampatello e Firma:** \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_