

DATA: \_\_\_\_\_

**DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE**

Il Sottoscritto: COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_  
 (Via)

LOCALITA': \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

CELLULARE:	NOME MEDICO DI FAMIGLIA E CELLULARE:
------------	--------------------------------------

**ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

**Acconsente** all'esecuzione del seguente test: **SARS CoV-2**

**Autorizza:**  
 ad essere informato di eventuali risultati inattesi delle indagini effettuate

**Dichiara** di aver ottenuto tutte le informazioni (tramite informativa scritta che costituisce parte integrante del presente consenso) sulle finalità dell'esame, le modalità di esecuzione e le eventuali problematiche che possono derivare dall'esecuzione del test diagnostico e di aver compreso l'utilità ed i limiti dell'analisi proposta. Dichiara di essere asintomatico rispetto ai sintomi del COVID-19

**È consapevole** di sottoporsi al test in modo volontario e di poter ritirare il consenso in ogni momento prima dell'esecuzione dell'analisi e richiedere la distruzione del campione biologico senza nessuna penalità.

**È stato informato** che i propri dati personali verranno inseriti in archivio ai sensi del *D.LGS 196/2003* sulla "tutela delle persone o di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", nonché ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679). Tale trattamento è finalizzato alla conservazione dei risultati dei test, per almeno un anno. Tutti i risultati ottenuti dall'effettuazione dei test saranno considerati strettamente confidenziali e sottoposti al vincolo del segreto professionale.

**Autorizzo** il trattamento dei dati personali secondo quanto prevede la legge sulla privacy n 196/2003 e il GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**FIRME DI CONSENSO**

<i>Firma dell'interessato</i>  .....	Data ____ / ____ / ____
--------------------------------------------	-------------------------

**REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO**

Il sottoscritto .....

**REVOCA il consenso sopra riportato**

data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Firma .....

## INFORMATIVA ALLEGATA A MODULO CONSENSO INFORMATO - SARS CoV-2

**Esecuzione del test basato sull'identificazione di antigene del virus SARS CoV-2.**

Il test antigenico rapido COVID-19, **"Tampono rapido"** è un'analisi immunocromatografica in vitro per il rilevamento qualitativo dell'antigene proteico nucleocapside da SARS-COVID-2.

Con Ordinanza del Ministero della Salute del 12 Agosto 2020, il Test antigenico è stato inserito nei protocolli governativi per: Diagnosi rapida di infezioni su persone con sintomi leggeri ma sospetti o in caso di Test sierologico positivo;

Diagnosi rapida di infezioni in seguito a contatto con casi sospetti di COVID-19;

Conferma assenza di infezione da Sars-Covid-2 per chi rientra dall'estero, o in caso di malattia superiore per 7 giorni;

Ingresso in Italia per turismo da nazione a rischio.

Il test si effettua prelevando con un tampone il liquido presente sulle mucose delle fosse nasali e/o nella parte superiore della gola, tempo di risposta 15 minuti.

Risultato del Test Ag rapido **POSITIVO** = La persona ha contratto il virus

**NEGATIVO** = La persona non ha contratto il virus.

I TEST COSI' EFFETTUATI NON COSTITUISCONO IN ALCUN CASO CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA/CONTAGIOSITA' O GUARIGIONE DELL'INDIVIDUO CHE LO HA EFFETTUATO.

**Qualunque sia il risultato gli utenti DEVONO SEMPRE continuare a seguire le misure di contenimento previste dalla legge.**

Sei invitato a rispondere alle seguenti domande:

Nel periodo dal 01 Febbraio 2020 ad oggi ha o ha avuto uno o più dei seguenti sintomi?

(Se sì, indicare la/le risposta/e con una crocetta)

<input type="checkbox"/> Febbre con temperatura superiore a 37,5°	Se sì, per quanti giorni? .....
<input type="checkbox"/> Stanchezza/dolori muscolari	Se sì, per quanti giorni? .....
<input type="checkbox"/> Tosse	Se sì, per quanti giorni? .....
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria (senso di affanno a riposo)	Se sì, per quanti giorni? .....
<input type="checkbox"/> Mal di gola e/o raffreddore	Se sì, per quanti giorni? .....
<input type="checkbox"/> Diarrea, nausea, vomito	Se sì, per quanti giorni? .....
<input type="checkbox"/> Perdita/diminuzione del gusto e/o olfatto	Se sì, per quanti giorni? .....
<input type="checkbox"/> Congiuntivite	Se sì, per quanti giorni? .....

È entrato in stretto contatto con casi accertati di Covid-19 (contatto diretto a meno di 2 metri di distanza, o in ambiente chiuso come casa, sede di lavoro, mezzo di trasporto)?  SÌ  NO  NON SO

Se SÌ, è stata disposta la quarantena domiciliare cautelativa?  SÌ  NO

Ha già effettuato il tampone rinofaringeo per la ricerca del virus responsabile della polmonite Covid-19?  SÌ  NO

In caso affermativo, è risultato positivo?  SÌ  NO

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....