

CONSENSO INFORMATO PER TEST ANTIGENICO RAPIDO

per **Trittico ABC** da TAMPONE RINOFARINGEO

Inoltrare il seguente modulo a testrapidiangels@gmail.com

Solo x contatti URGENTI 380.2033473 327.1393971

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 genitore di _____ nato/a a _____ il _____

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 dell'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 _____