

Il presente modulo deve essere consegnato al personale sanitario addetto al test rapido antigenico

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST RAPIDO ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA COVID-19 - AG-RDTS

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in _____ Via _____
con codice fiscale (*) _____
e reperibile al seguente recapito telefonico diretto (*) _____
indirizzo e-mail (*) _____

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE
TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 – Ag-RDTS

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell'esito, delle azioni conseguenti e degli adempimenti che dovranno essere rispettati: l'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;

- l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
- 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;
- se il paziente sarà positivo al test rapido sarà previsto l'avvio della procedura di segnalazione al proprio medico di famiglia per l'accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
- se il paziente sarà positivo al test rapido dovrà mettersi in isolamento immediato.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata

Data _____ Firma leggibile _____

- Dichiaro di aver almeno 18 anni e confermo di aver compilato, compreso e accettato integralmente l'informativa al consenso di utilizzo dei miei dati personali sensibili, autorizzandone al trattamento secondo quanto previsto nel consenso informativo.

pagina 1 di 2