



A.S.P. di Trapani
Unità Speciale di Continuità Assistenziale

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST PER LA RICERCA DI SARS- COV-2

Caratteristiche del Test

1. Il test antigenico per la ricerca di SARS-CoV-2 è un test rapido diagnostico per la ricerca qualitativa dell'antigene SARS CoV-2 in campioni da tampone rinofaringeo.
2. Un test antigenico negativo in soggetti sintomatici necessiterà di conferma con un secondo test antigenico rapido di analoga generazione a distanza di 2-4 giorni o con metodica RT-PCR (molecolare), esclusivamente sulla base della valutazione clinica (p.es presenza e gravità dei sintomi) ed epidemiologica del caso;
3. Il test prevede un prelievo rinofaringeo mediante swab, con successivo rapido trattamento per una deposizione e lettura tramite tecnica immunocromatografica su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV-2.
4. Il test antigenico rapido positivo, rispondente alle performance minime indicate dal Ministero della Salute ("requisiti minimi di performance : > 80% di sensibilità e > al 97% di specificità - Circolare prot. n. 705 dell'8 gennaio 2021") e compreso nelle liste dell'Health Security Committee (HSC), non dovrà più essere confermato dal test con metodica RT-PCR molecolare (prot. n°0474 ASSESSORATO DELLA SALUTE Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Regione Siciliana).

Possibili risultati del Test: 1. Risultato NEGATIVO 2. Risultato POSITIVO

Io sottoscritto/a..... nato/a a

il/...../..... Codice fiscale.....

Indirizzo di Domicilio Città (.....)

Telefono*..... Email*.....

IN QUALITÀ DI

ME STESSO GENITORE TUTORE LEGALE

di (da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)

Cognome (Figlio/a)..... Nome (Figlio/a)

nato/a..... (.....) il/...../.....;

Codice fiscale.....;

DICHIARO

DI ESSERE VACCINATO CON N° ___ DOSI DI VACCINO, ULTIMA DOSE > 120 GIORNI < 120 GIORNI
DATA ULTIMA VACCINAZIONE ___/___/___ (SE POSITIVO) INDICARE DATA DEL PREGRESSO ESITO POSITIVO ___/___/___

- a) Di aver letto e compreso l' informativa relativa al trattamento dei dati personali direttamente e personalmente conferiti ai sensi del Regolamento UE 2016/679 per finalità invio dei propri referti medico sanitari conseguenti alle prestazioni richieste e per fini epidemiologici;
- b) Di essere informato che in caso di risultato POSITIVO il paziente verrà preso in carico dal Dipartimento di Prevenzione dell' Azienda Sanitaria Provinciale di competenza. In tal caso il soggetto si impegna, secondo le normative vigenti, a rispettare il regime di quarantena previsto dalla normativa;

ACCONSENSO

- All' esecuzione dell' esame tampone rino-faringeo per ricerca del virus Sars-Cov 2 e si impegna a comunicare tempestivamente l' esito dell' esame effettuato al proprio medico curante, non appena ricevuto.
- All' invio del referto tramite e-mail esonerando l' Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall' interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall' invio tramite posta elettronica del referto richiesto e la trasmissione all' Istituto Scolastico.

Data _____

Firma _____

*Campo obbligatorio ai fini della comunicazione del referto.