

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO RAPIDO) PER COVID 19-Ag-RDTs.

Il paziente *

COGNOME e NOME	
Nato/a a	
In data	
Codice Fiscale	
Recapito Telefonico	

Eventuale: per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto*

COGNOME e NOME	
Nato/a a	
In data	Cod. Fis. <input type="text"/>
Recapito Telefonico	

In qualità di suo:

- genitore
 caregiver
 tutore
 curatore
 amministratore di sostegno
 (altro)

(*) 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 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 e delle azioni conseguenti.

Di seguito, le specifiche circa l'esito del test e gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- ✓ l'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- ✓ la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
- ✓ la positività al test comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, che dovrà essere rispettato dalla persona/e sino a conferma con esito di tampone per ricerca di RNA virale;
- ✓ L'esito del test verrà comunicato, tramite apposito flusso caricato su portale regionale, all'ATS competente;



PER INFORMAZIONI
informazioni@cmsantagostino.it

DOSSIER CLINICO
Effettuando il login sul sito
o accedendo al tuo spazio
attraverso l'app My Santagostino
potrai trovare tutti i tuoi referti
e le tue fatture in un unico spazio.

PER PRENOTARE UNA VISITA
T. 02 89 701 701
Dal lunedì al venerdì
dalle 8 alle 20
Sabato dalle 8 alle 15.30

prenotazioni@cmsantagostino.it
cmsantagostino.it/prenota-online
WhatsApp - 344 1003172

- ✓ in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata, ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio

Data _____

Firma leggibile _____

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Data _____

Firma leggibile _____

**Firma dell'Operatore Sanitario
che ha eseguito il Test e letto l'Esito:** _____