



Farmacie
Galciana
Santa Gonda

CONSENSO INFORMATIVO TEST RAPIDO ANTIGENICO SARS-COV2 (Covid-19) PAZIENTI PRIVATI
Espressione del consenso (COMPILARE TUTTI I DATI IN MANIERA LEGGIBILE)

Cognome e Nome:

Codice fiscale

Telefono

Data di nascita:

Email paziente

Tipo di documento

Num. Documento

Data di scadenza documento

**INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A
EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO SARS-COV2 (Covid-19)**

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;
- ✓ la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
- ✓ la positività al test comporta l'informativa all'utente, da parte del personale sanitario che esegue il test, sulle disposizioni riguardo l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino all'esito del tampone per ricerca di RNA virale;

DICHIARA

- La veridicità e la correttezza dei dati sopra riportati;
- Di aver ricevuto, letto e compreso il presente modulo con l'informativa relativa al test rapido;
- di aver letto e compreso le "informazioni" ricevuto per iscritto sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE n 2016/679 (GDPR) e degli artt. 77 e 79 del D.Lgs n 196/2003 e sss.mm.ii. D.Lgs n. 101/2018.

ESPRIME IL CONSENSO a sottoporsi al prelievo del Tampone rinofaringeo per
Effettuare il Test Rapido Antigenico SARS CoV2 (Covid-19)

SI	NO
----	----

La risposta verrà comunicata dopo 15/20 minuti. Il risultato apparirà sul SISPC a disposizione del medico curante: Data _____ Ora: _____

Firma dell'interessato (per il minore firma del genitore)