

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.
Recapito Telefonico		

In qualità di suo:

genitore amministratore di sostegno curatore caregiver tutore (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'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino a quando non sarà ottenuto un risultato negativo;
- ✓ L'esito del test verrà comunicato, tramite apposito flusso caricato su portale regionale, all'ATS competente;
- ✓ 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:
