



CONSENSO INFORMATO PER TAMPONE NASOFARINGEO
per la ricerca dell'RNA Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)

Il test molecolare per la ricerca dell'RNA del SARS-CoV-2 viene considerato il test di elezione per identificare le persone nelle quali il virus è in fase di replicazione nell'apparato respiratorio. Tuttavia il test molecolare costituisce una specie di "fotografia istantanea" del momento in cui viene effettuato il prelievo e inoltre può risultare negativo anche in persone infette perché:

- il prelievo non è stato eseguito quando il virus è in fase di attiva replicazione;
- la sensibilità del test è insufficiente a rilevare quantità minime di virus nel campione biologico.

In considerazione di ciò, nonché consapevole delle conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato alle autorità pubbliche competenti

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ CAP _____ Prov _____

Tel: _____ e-mail _____

In qualità di genitore di _____ nato/a a _____ il _____

presto non presto

Il consenso all'esecuzione del suddetto esame, accettandone i relativi rischi di errore diagnostico ed i limiti intrinseci al test.

Dichiaro inoltre di avere letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, che mi è stato spiegato in ogni sua parte, di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che tale comunicazione possa comportare l'esonero immediato dell'attività lavorativa e di aver compreso le relative conseguenze.

Il sottoscritto/a dichiara altresì di avere letto e compreso la sezione informativa relativa al trattamento dei dati personali ex art. 13, D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e, pertanto,

autorizza espressamente il laboratorio al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge SI NO

autorizza alla comunicazione dei risultati alle Autorità competenti SI NO

IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI

Inoltre autorizza a rendere partecipe dei risultati il dott. _____ SI NO

autorizza a rendere partecipe dei risultati il/la Sig. Sig.ra _____ SI NO

autorizza al trattamento dei propri dati analitici, nel pieno rispetto dell'anonimato, per eventuali studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità SI NO

Il sottoscritto dichiara inoltre di avere i seguenti sintomi: _____

Data _____

Firma del paziente

Firma del sanitario che ha raccolto il consenso

Il presente consenso informato è revocabile in qualsiasi momento

Il sottoscritto _____ dichiara di voler REVOCARE il consenso.

Data _____ Firma _____



AUTOCERTIFICAZIONE (AI SENSI DEL DPR 445/2000)

Il sottoscritto

(COGNOME/NOME) _____

Nato a _____ Provincia _____ il ____ / ____ / _____

Residente in _____ Provincia _____

Alla Via/Corso/Piazza _____ n° _____

Consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità
dichiara di trovarsi nelle condizioni previste dalla
Delibera della Giunta Regionale del 21 ottobre 2020 n. 1705

- DI ESSERE ASINTOMATICO
- DI RICHIEDERE L'ESECUZIONE DEL TAMPONE CON TECNICA MOLECOLARE PER LA RICERCA DEL SARS-CoV-2 PER:
 - MOTIVI DI LAVORO
 - MOTIVI DI VIAGGIO
 - RICHIESTE NON CORRELATE A ESIGENZE CLINICHE O DI SALUTE PUBBLICA GIA' DISCIPLINATE DAI PROVVEDIMENTI NAZIONALI E REGIONALI

Galatina ____ / ____ / _____

In fede
