



CONSENSO INFORMATO AL TEST ANTIGENICO RAPIDO
per Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2) DA TAMPONE RINOFARINGEO

In considerazione del colloquio effettuato con il/la dott./dott.ssa _____

chiaro, dettagliato, sufficiente ed esaustivo, e avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come sopra riportati, inerenti l'esame test ANTIGENICO RAPIDO (METODO IMMUNOCROMATOGRAFICO), in particolare modo riguardo l'affidabilità del test, le relative percentuali di errore diagnostico e le alternative al test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato alle autorità pubbliche competenti. Si è a conoscenza che un risultato positivo al test rapido antigenico deve essere sempre confermato con il test molecolare (ricerca di RNA virale con rt-qPCR da tampone rinofaringeo).

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/la 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 Bialalisi al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge SI NO

autorizza alla comunicazione dei risultati alle Autorità competenti (per le Regioni che lo prevedono) 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

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 _____