

Laboratorio CENTRO GAMMA

Via S.Rocco, 20 82016 Montesarchio
P:IVA : 00877500629

ANTIGENICO / RAPIDO

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST **ANTIGENICO / RAPIDO**
(TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA COVID-19 - AG-RDTS E ATTESTAZIONE

Il sottoscritto Nato a

Il/...../..... residente in

Indirizzo Cod. Fiscale

Recapito

In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione in qualità di
..... del minore.

Cognome Nome

Codice Fiscale

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST
ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 - AG-RDTS.

E' 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 de percorso diagnostico;
- 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 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;
- In caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata.

Data/...../..... Firma leggibile

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