

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO
(Tamponamento Nasofaringeo Rapido per COVID-19-Ag-RDTs)**

Il Paziente , nato/a il

C.F. e recapito telefonico

eventualmente: per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto*

Cognome, Nome , nato/a il

C.F. e recapito telefonico

in qualità di suo: genitore caregiver tutore curatore amministratore di sostegno

**INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A TEST ANTIGENICO RAPIDO
(Tamponamento Nasofaringeo Rapido 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'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;
- ✓ L'esito del test verrà comunicato, tramite apposito flusso caricato su portale regionale, all'ASP 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

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.

Catania,

.....
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".

Catania,

.....
Firma Leggibile

**Firma dell'Operatore Sanitario che
ha eseguito il test e letto l'Esito:**

.....
Firma Leggibile