

Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in _____ Via _____
documento di riconoscimento _____ (*), C.F. _____ e reperibile al seguente
recapito telefonico diretto (*) _____, indirizzo e-mail (*) _____

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

IN QUALITA' DI GENITORE, TUTORE, SOGGETTO AFFIDATARIO DEL MINORE

Cognome del minore _____ Nome del minore _____,
nato a _____, il _____, residente in _____, codice fiscale del minore (*) _____

ACCONSENTO ALLA SUA PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITÀ DI TRACCIAMENTO DEL CONTAGIO DA SARS- COV2 AVVIATA DAL COMUNE DI _____ IN ESECUZIONE DELL'ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE N. 1 DEL 5 GENNAIO 2022 ED EFFETTUATA IN MIA PRESENZA MEDIANTE TAMPONE RAPIDO.

In merito alla predetta adesione volontaria all'indagine con tampone naso-faringeo antigenico rapido, dichiara:

- di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte ad individuare la presenza di antigeni o anticorpi per il virus SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza;
- di essere stato/a informato/a che il tampone antigenico rapido ha lo scopo di intercettare anche i pazienti asintomatici aumentando gli standard di sicurezza vigenti in questo momento di emergenza;
- di essere a conoscenza dell'uso e significato del tampone antigenico e del tasso di incertezza inevitabilmente legato all'utilizzo della metodica e che, in caso di positività, per accertare se è in atto infezione da SARS-CoV-2, dovrò effettuare sul minore tampone naso-faringeo molecolare per la ricerca del virus secondo le modalità che mi saranno indicate, osservando fino all'esito del tampone molecolare il necessario isolamento fiduciario;
- di essere stato/a informato/a del divieto di partecipazione all'attività di screening per chi è sottoposto a vincolo di quarantena fiduciaria;
- ✓ di essere stato/a informato/a che 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.

Solleva, pertanto, il personale sanitario da qualsiasi responsabilità connessa e/derivante dall'esecuzione del tampone naso- faringeo antigenico;

Autorizza il trattamento dei dati personali ivi indicati nel rispetto delle normative vigenti.

Data _____

Firma leggibile _____