**Consenso informato per l’effettuazione** **del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs**

**e Attestazione esito**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con codice fiscale (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e reperibile al seguente recapito telefonico diretto (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo e-mail (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione:***

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA 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;
* 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;
* l’esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo.

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Attestazione esito test antigenico rapido per SARS CoV-2**

Esito del test:

□ Positivo

□ Negativo

□ Dubbio

□ Invalido

**In caso di esito positivo del test,** la positività all’infezione da SARS CoV-2 deve essere confermata con un secondo tampone eseguito con metodo molecolare entro 12 ore.

Considerata l’alta specificità del test, i contatti stretti dovranno essere messi in quarantena prima dell’esito del tampone per la ricerca del genoma virale.

**In caso di esito negativo del test**, si precisa che non si può escludere completamente un'infezione da SARS CoV-2 e che in caso di sintomatologia dubbia sono necessari ulteriori accertamenti.

**In caso di esito invalido,** vale a dire quando il controllo interno del test non è andato a buon fine, il prelievo e il test devono essere ripetuti.

Luogo esecuzione test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data esecuzione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Operatore che ha letto l’esito del test: nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B: se disponibile, allegare stampa esito o fotografia esito test.