*Su carta intestata della Struttura/Professionista*

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

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:***

***(con acquisizione dell’autorizzazione all’esecuzione del test da parte di entrambi i genitori)***

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

Cognome del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale del minore (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***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, delle azioni conseguenti e degli adempimenti che dovranno essere rispettati:

* l’adesione al test è integrale, ovvero a **tutte le fasi del percorso diagnostico**;
* l’esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
* 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 in **soggetto sintomatico e/o con link epidemiologico** (contatto di caso), **NON** comporta l’invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell’RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo **e il soggetto viene identificato come nuovo caso Covid-19 positivo,** con l’applicazione delle misure di isolamento e, per suoi contatti stretti, di quarantena;
* la positività al test in **soggetto asintomatico e senza link epidemiologico**, comporta l’invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell’RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo
* la positività al test comporta l’informativa all’utente, da parte del personale sanitario che esegue il test, sulle disposizioni riguardo l’isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino all’esito del 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 rapido con 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**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esito del test:

□ Positivo

□ Negativo

□ Dubbio

□ Invalido

**In caso di esito positivo del test in** **soggetto asintomatico e senza link epidemiologico,** la positività all’infezione da SARS CoV-2 deve essere confermata con un secondo tampone nasofaringeo eseguito con metodo molecolare (ricerca dell’RNA virale) entro 12 ore.

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

**In caso di esito positivo del test in soggetto sintomatico e/o con link epidemiologico** (contatto di caso), la positività all’infezione da SARS CoV-2 **NON** deve essere confermata con un secondo tampone nasofaringeo eseguito con metodo molecolare (ricerca dell’RNA virale) **e il soggetto viene identificato come nuovo caso Covid-19 positivo**

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

**In caso di esito dubbio al test**, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo.

**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 rapido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Operatore che ha letto l’esito del test:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**APPUNTAMENTO PER EFFETTUAZIONE TAMPONE MOLECOLARE**

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

Data prenotazione per effettuazione test molecolare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_