

CONSENSO INFORMATO

Test per la ricerca dell'antigene del virus SARS-COV 2 su secrezioni respiratorie

NOME _____ COGNOME _____ nato/a _____

Il _____ residente in _____ Via _____

Indirizzo di residenza per la fatturazione

_____ (da compilare solo se diverso da quello di residenza)

CodiceFiscale _____ indirizzomail _____ Cellulare _____

Nome e Cognome Medico Curante _____

Da disposizioni Regionali in caso di esito positivo dell'esame, l'utente ha l'obbligo di contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e di rispettare, da subito le norme legate al distanziamento sociale, ponendosi in isolamento (nel suo domicilio o in altra struttura) e dovrà seguire le istruzioni della determinazione del 12 maggio 2020 allo scopo di sottoporsi, entro le 48 ore alla prescrizione medica al test molecolare presso una delle sedi "drive in" presenti sul territorio della propria Asl di residenza, assicurando il rispetto delle misure di distanziamento nell'abitacolo.

PRESENZA DI SINTOMI: NO SI SE **SI** indichi la data di inizio sintomi ____/____/____

Descriva i sintomi: _____

Tale esame è un test di screening, non deve essere confuso con il tampone rinofaringeo per la ricerca virale in Biologia Molecolare mediante PCR che rimane, pur con i suoi limiti, il gold standard per la ricerca virale ed al quale si deve accedere nel momento in cui il presente test risulti positivo e/o nel caso in cui il medico curante ne indichi la necessità.

Alla luce di quanto sopra esposto, e **consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria**

- manifesto la volontà di sottopormi all'esecuzione del tampone tramite la struttura sanitaria abilitata e di aderire al percorso definito in caso di positività

Firma _____

- esprimo il mio consenso al **ritiro dei referti on-line** (D.n. 36 19/11/09 garante privacy) e **mi obbligo** a comunicare al MMG o PLS il risultato con conseguente esecuzione del test molecolare, in caso di positività

Firma _____

- sono stato informato che il tampone nasofaringeo possa generare fastidi postumi, come sanguinamenti anche se rari e ne accetto le possibili conseguenze

Firma _____

- esprimo il mio consenso al **Trattamento dei dati personali:**

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell'art. 6 lett. E) del GDPR 2016/679, è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test per la ricerca dell'antigene del virus SARS-COV-2 su secrezioni respiratorie operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Roma, _____

Firma _____

QUESTIONARIO INFORMATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE dal NUOVO CORONAVIRUS (COVID-19)

- HAI MAI EFFETTUATO UN TAMPONE ORO/NASOFARINGEO PER LA RICERCA mediante biologia molecolare del NUOVO CORONAVIRUS Covid-19? SI () NO ()
SE SEI RISULTATO POSITIVO AL TEST del TAMPONE ORO/NASOFARINGEO, SPECIFICARE LA DATA dell'ULTIMO TAMPONE POSITIVO _____/_____/_____ SE SEI RISULTATO NEGATIVO al TEST del TAMPONE ORO/NASOFARINGEO, oppure se il test del tampone è RITORNATO ad essere NEGATIVO dopo una iniziale positività, SPECIFICARE LA DATA dell'ULTIMO TAMPONE NEGATIVO _____/_____/_____
- HAI LA FEBBRE O HAI AVUTO LA FEBBRE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI? SI () NO ()
- HAI AVUTO INSORGENZA RECENTE DI PROBLEMI RESPIRATORI, come tosse o difficoltà respiratoria negli ultimi 14 giorni? SI () NO ()
- SEI ENTRATO IN CONTATTO CON UN PAZIENTE CON INFEZIONE CONFERMATA mediante tampone naso/orofaringeo di SARS-COV-2? SI () NO ()
SE SI SPECIFICARE la data dell'ultimo contatto con il paziente infetto _____/_____/_____
- Negli ultimi 14 giorni SEI ENTRATO IN CONTATTO CON PERSONE IDENTIFICATE come CASI SOSPETTI o AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI, MA NON ACCERTATI mediante tampone oro/nasofaringeo), oppure CON FAMILIARI DI PAZIENTI CON INFEZIONE CONFERMATA SARS-COV-2? SI () NO ()
- Negli ultimi 14 giorni, SEI ENTRATO IN CONTATTO CON PERSONE CHE HANNO AVUTO FEBBRE O PROBLEMI RESPIRATORI DOCUMENTATI DI RECENTE? SI () NO ()
- Negli ultimi mesi, HAI VIAGGIATO O SOGGIORNATO IN PAESI/LOCALITA' A RISCHIO, come ad esempio nella città di Wuhan o le aree italiane ad alta incidenza di contagio SARS-COV-2 (ad esempio Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Liguria)? SI () NO ()
SE SI SPECIFICARE PAESE/LOCALITA' _____
DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO _____/_____/_____
- Negli ultimi 14 giorni, SEI ENTRATO IN CONTATTO CON PERSONE CHE PROVENGONO DA PAESI/LOCALITA' A RISCHIO con alta incidenza di contagio? SI () NO ()

NOME E COGNOME _____

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE _____