

**Scheda consenso informato per test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19
e assunzione di obblighi in caso di positività**

DATI PAZIENTE:

Il/la sottoscritto/a
residente
documento d'identitàdel

DATI MEDICO:

medico di famiglia TELMAIL

riceve le seguenti informazioni

I test rapidi per la ricerca dell'antigene del COVID-19, necessitano di ulteriori convalide per determinare l'accuratezza e l'affidabilità nei casi in cui il risultato sia positivo per la presenza dell'antigene. In questi casi esiste un fondato sospetto di infezione COVID-19 e pertanto occorre adottare le misure di isolamento fiduciario e procedere alla ripetizione dell'analisi mediante test molecolare per la ricerca RNA virale.

Dichiaro di aver letto e compreso il significato del test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19.

Luogo e data

Firma del richiedente del test rapido

Si ricorda che un risultato positivo del test prevede i seguenti obblighi:

- di iniziare l'isolamento fiduciario presso il proprio domicilio o altro luogo indicato fino all'esito positivo del tampone molecolare, data dalla quale diventerà isolamento obbligatorio ai sensi della circolare ministeriale n. 0032850 del 12/10/2020 consapevole che l'esecutore della prestazione inserirà il risultato del test (sia positivo che negativo) sulla piattaforma COVID-19 la quale, in caso di positività, invierà un alert al MMG/PDL.S.
- di sottoporsi al tampone per la ricerca dell'RNA virale;
- di porre la massima attenzione nell'adottare le misure (mascherina, distanziamento sociale) nei confronti dei propri conviventi;
- di avvisare il medico competente dell'Azienda o dell'Ente presso il quale lavora della misura di isolamento fiduciario applicata.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TEST SIEROLOGICO PER NUOVO
CORONAVIRUS 2019 (SARS-COV-2) E AL TRATTAMENTO DATI**

Io sottoscritto:

Cognome Nome
nato/a..... Prov..... il consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR
28/12/2000, n.445,

DICHIARO

sotto personale responsabilità, ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000, n.445, di essere:

GENITORE ALTRO

e quindi esercente/i sul paziente la

Rappresentanza Legale Responsabilità Genitoriale [esclusiva condivisa]

DICHIARO

che, ai fini dell'applicazione dell'art.317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: lontananza impedimento altro..... assumendomi la responsabilità delle decisioni in merito al percorso di cura di mio figlio/a minore.

DICHIARO

Inoltre, che l'eventuale opinione del minore assistito è stata presa in considerazione.

Si allega copia del/i documento/i di identità in corso di validità.

Dopo aver avuto accesso alla "informativa al tampone antigenico rapido per nuovo coronavirus 2019 (SARS-CoV2)" e alla "informativa sul trattamento dei dati personali relativo al test sierologico per nuovo coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)", avendola letta e compresa, preso atto di utilità, limiti e modalità di esecuzione dell'analisi proposta, consapevole del fatto che in caso di esito positivo del test sarà necessario sottoporsi al test virologico (tampone naso-faringeo), che il consenso potrà essere ritirato in qualsiasi momento e senza alcuna conseguenza, preso atto della su-estesa informativa ai sensi dell'art.13 del Reg.UE 2016/679,

ACCETTO RIFIUTO

di sottoporre il paziente al tampone antigenico rapido per nuovo coronavirus 2019 (SARS-CoV-2).

DICHIARO

- Acconsentire al trattamento dei dati personali, sensibili e biologici.
- Volere essere informato/i circa i risultati dell'analisi.
- Acconsentire ad essere ricontattato/i telefonicamente o tramite posta elettronica per ulteriori indagini sullo stato di salute di mio/a figlio/a.

Luogo e data, Carlopoli

Il genitore (firma leggibile)

.....

RECAPITO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

nome: cognome:

telefono: e-mail: