

CONSENSO INFORMATO PER TAMPONE ANTIGENICO NASOFARINGEO COVID-19

lo sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente/domiciliato a _____ (____), CAP _____
in via/piazza _____ nr _____
cell _____ mail _____

DICHIARO

- di sottopormi volontariamente all'esecuzione del test antigenico rapido per il covid-19;
- di aver ricevuto esaurienti spiegazioni in merito al test*;
- di essere stato informato su rischi e/o disagi possibili*;
- che firmando il presente consenso informato autorizzo al trattamento sanitario diagnostico di cui alla premessa;
- di autorizzare l'invio dell'esito del test all'indirizzo mail o recapito telefonico (Whatsapp) sopra dichiarati

* I test antigenici sono di tipo qualitativo (sì/no) e intercettano, tramite anticorpi policlonali o monoclonali, specifici peptidi (porzioni proteiche) della proteina S (Spike) o N (nucleocapside) presenti sulla superficie virale di SARS-CoV-2. Si precisa che il test antigenico rapido deve essere confermato mediante test molecolare fornito dalle strutture sanitarie aziendali, così come sancito dalle linee operative nazionali vigenti. Allo stato attuale, i dati disponibili dichiarati dal produttore sono 93% per la sensibilità e 98% per la specificità. Il test effettuato ha il 93% di attendibilità, quindi il margine di errore è pari al 7%. Il test può risultare negativo se la concentrazione degli antigeni è inferiore al limite di rilevamento del test, perciò un test negativo non esclude la possibilità di presenza di infezione. Durante l'esecuzione del tampone vi è possibilità di sanguinamento a carico della mucosa nasale/orofaringea, lacrimazione, tosse o starnuti, in quanto il test risulta essere una manovra invasiva. Dopo l'esecuzione, potrebbe insorgere un lieve mal di testa o fastidi a carico del naso/gola.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy.

Pescocostanzo, li _____

TEST	ESITO
Test rapido COVID-19 Antigenico	

FIRMA PAZIENTE

FIRMA MEDICO
