

	CONSENSO INFORMATO per l'effettuazione del Tampone Rapid Test, per il rilevamento qualitativo di antigeni virali SARS-CoV-2\COVID -19	Mod. Rev Del
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

Il sottoscritto, _____ in qualità di _____

Dichiara che

In data _____ alle ore _____ Presso _____

il Sig./ra _____ Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Cellulare _____

Medico Curante Dr. _____

In qualità di: Lavoratore Collaboratore, Altro _____

Si è sottoposto al Tampone Rapid Test _____ per lo screening Ricerca Antigeni SARS-CoV-2\COVID-19, avente Codice Riservato, ed ha ottenuto il seguente risultato validato:

NEGATIVO **POSITIVO**

Il test è stato eseguito su autorizzazione del Dipendente/Collaboratore che pertanto ha sottoscritto il presente Consenso Informato, dichiarando di essere a conoscenza:

1. **Del motivo** per cui si esegue l'esame indicato (Ricerca Antigeni virali SARS-CoV-2\COVID -19).
2. **Che** la campagna di screening avviata dall' Azienda ha la finalità di gestire l'Emergenza Sanitaria da nuovo Coronavirus "**COVID – 19**", allo scopo di contenere la diffusione dei contagi e potenziali focolai all'interno dell'Azienda.
3. **Che** La campagna di screening per la ricerca del virus SARS Cov-2 è effettuata ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 0031400-29/09/2020- DGPRES-DGPRES-P, che ha consentito l'uso dei test antigenici rapidi su tampone naso-faringeo per intercettare casi d'infezione da SARS-CoV-2; del Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (v. Rapporto n. 4/2020 del 24-08-2020), dall'Ordinanza Regione Calabria n. 55/2020 del 16-07-2020, dall'Ordinanza Regione Calabria n. 79/2020 del 23-10-2020 e dall'Ordinanza Regione Calabria n. 80/2020 del 25-10-2020 e relative leggi nazionali.
4. **Che** sono possibili risultati falsi positivi e falsi negativi, in tal caso è prevista la possibilità di dover ripetere l'esame o richiedere test specifici di conferma (Tampone molecolare).
5. **Che** eventuale positività riscontrata con il test antigenico rapido prevede consequenziali iter specifico di cui conosce le procedure (*comunicazione al MMG ed alle Autorità Sanitarie Competenti per territorio e medico Competente di struttura*).
6. **di essere** stato informato e di aver avuto chiare ed esaustive spiegazioni sul test antigenici rapidi su tampone naso-faringeo per intercettare casi d'infezione da SARS-CoV-2, inclusi gli scopi e i possibili rischi.

Fagnano Castello, _____

Il Medico/Infermiere

Firma del Dipendente/Collaboratore per accettazione

CONSENSO INFORMATO
per l'effettuazione del Tampone Rapid Test, per il
rilevamento qualitativo di antigeni virali
SARS-CoV-2\COVID -19

Mod.
Rev
Del

FOTO TEST RAPIDO RICERCA ANTIGENI SARS-CoV-2\COVID -19:

Codice Test Riservato n. _____

Fagnano Castello, _____

NEGATIVO

POSITIVO

Firma Dipendente/Collaboratore _____

Firma Medico/Infermiere _____

Allegato: scheda tecnica del prodotto: **TEST RAPIDO RICERCA ANTIGENI SARS-CoV-2\COVID -19**