

SCHEDA CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO PER TEST RAPIDO PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DEL COVID-19

E ASSUNZIONE DI OBBLIGHI DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto _____

Residente _____

Codice Fiscale _____

Medico di famiglia _____

Documento di identità (tipo) _____ n° _____

Rilasciato il _____

E-mail _____ Telefono _____

riceve le seguenti informazioni ed esprime il consenso al trattamento sanitario:

I test rapidi per la ricerca dell'antigene del COVID-19, nei casi in cui il risultato sia positivo per la presenza dell'antigene, possono necessitare (avendo la letteratura scientifica evidenziato alcuni casi residuali di risultati "falsi positivi") di ulteriore convalida, consistente nella ripetizione dell'analisi mediante test molecolare per la ricerca del RNA virale. Si avvisa, altresì, il richiedente che in letteratura si registrano casi di risultati "falsi negativi".

In ogni caso, nell'ipotesi di positività occorre adottare le misure di isolamento fiduciario.

Si informa, pertanto, che un risultato positivo al test prevede i seguenti obblighi per il minore:

- iniziare l'isolamento fiduciario presso il proprio domicilio o altro luogo indicato, 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/PDLS;
- porre massima attenzione nell'adottare le misure di protezione nei confronti dei propri conviventi e di terzi (mascherina, distanziamento sociale, ecc.);
- avvisare il medico competente dell'Azienda o dell'Ente presso il quale lavora della misura di isolamento fiduciario applicata.

Il richiedente, con la sottoscrizione del presente consenso informato, dichiara:

- di non avere febbre superiore a 37,5°C;
- di non presentare sintomatologia respiratoria (o assimilabile: es., anosmia);
- di essere stato informato che l'esecuzione del test rapido è un trattamento non doloroso, che non necessita di anestesia, né di preparazione;
- di essere stato informato che l'esecuzione del test rapido può provocare i seguenti effetti: sensazione di leggero fastidio o prurito, lieve abrasione superficiale delle mucose e, in presenza di eventuali lesioni pregresse della mucosa nasale, lieve sanguinamento temporaneo (epistassi nasale); tali effetti sono eventuali e non prevedibili, di breve durata e non persistenti;
- di essere stato informato dall'esecutore della necessità e di avere cura di abbassare la protezione respiratoria solo al momento dell'effettuazione del prelievo di campione biologico e di aver cura di riposizionarla subito dopo;
- di essere stato informato dall'esecutore della necessità di adottare le disposizioni per il distanziamento fisico di e igienizzarsi le mani prima e dopo l'esecuzione del Test;
- di essere stato informato che l'esecutore controllerà la temperatura corporea subito prima dell'esecuzione del test (in caso di temperatura superiore a 37,5°C, non sarà possibile eseguire il test).

In caso di mancata adozione di tali obblighi o di dichiarazioni inveritiere, il richiedente sarà soggetto alle conseguenze di Legge.

Con la sottoscrizione del presente documento, il richiedente dichiara di aver preso atto del contenuto dell'informativa privacy esposta presso la Farmacia e di accettare il trattamento dei propri dati, anche particolari, con le modalità ivi descritte.

_____/_____/2022.

Firma dell'esecutore

Firma del richiedente
