

**SCHEDA CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO PER TEST RAPIDO PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DEL COVID-19 - MINORI
E ASSUNZIONE DI OBBLIGHI DI RESPONSABILITÀ**

Il sottoscritto

Nome e Cognome	Residente
Codice Fiscale	Documento di identità

In qualità di genitore esercente la patria potestà del minore

Nome e Cognome	Luogo e Data di nascita
Codice Fiscale	Medico di famiglia
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:

- 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 conviventi e di terzi (mascherina, distanziamento sociale, ecc.);

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

- non ha febbre superiore a 37,5°C;
- non presenta sintomatologia respiratoria (o assimilabile: es., anosmia);
- è stato informato che l'esecuzione del test rapido è un trattamento non doloroso, che non necessita di anestesia, né di preparazione, ma che richiede collaborazione da parte del minore stesso e che, pertanto, è importante che il genitore assista il minore garantendo sotto la propria esclusiva responsabilità che lo stesso, in corso di esecuzione, non adotti comportamenti che possano interferire con la corretta esecuzione del trattamento;
- 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 abbassare la protezione respiratoria del minore solo al momento dell'effettuazione del prelievo di campione biologico e di riposizionarla subito dopo;
- di essere stato informato dall'esecutore della necessità di adottare le disposizioni per il distanziamento fisico e igienizzarsi le mani prima e dopo l'esecuzione del Test;
- di essere stato informato che l'esecutore controllerà la temperatura corporea del minore 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 e di quelli del minore, anche particolari, con le modalità ivi descritte.

_____/_____/2022.

Firma dell'esecutore

Firma del richiedente