



SCHEDA CONSENSO INFORMATO PER TEST RAPIDO PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DEL COVID-19 E ASSUNZIONE DI OBBLIGHI IN CASO DI POSITIVITA'

DATI PAZIENTE

Il sottoscritto.....
residente
documento d'identità del
in qualità di genitore/tutore dinato/a a il

DATI MEDICO

medico di famiglia
telefono mail

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 d'infezione COVID-19 e pertanto occorre adottare le misure di isolamento fiduciario e procedere alla ripetizione dell'analisi mediante test molecolare per la ricerca di RNA virale.

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

Luogo e data

Firma del richiedente il test rapido

.....

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

- 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. 00322850 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'addottare 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.

Dichiaro di aver letto e compreso gli obblighi derivanti in caso di positività al test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19 e di impegnarmi, in caso di positività, a rispettare gli obblighi sopra indicati, consapevole dei rischi di diffusione del COVID-19 al altre persone.

Luogo e data

Firma del richiedente il test rapido

.....