

Farmacia Nicolai sas
Via delle Ginestre, 19 – 07020 Palau (SS)
Tel. 0789 709 516 – Whatsapp: (+39) 329 9534690
Mail: farmacia.nicolai@tiscali.it

**Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasale/nasofaringeo)
per la sorveglianza Covid-19- Ag-RDTs**

Con tessera sanitaria al seguito Compilare solo i campi dal n. 1 al n. 8

1	Nome e cognome	
2	data di nascita	
3	luogo di nascita	
4	Residente a	
5	In via	
6	Domicilio temporaneo	
7	Recapito telefonico	
8	Indirizzo mail (facoltativo)	

Se non si ha la tessera sanitaria: compilare anche i seguenti campi

9	Codice fiscale (se disponibile)	
10	Scadenza tessera sanitaria (se disponibile)	
11	Numero seriale Codice fiscale (ultime 8 cifre) (se disponibile)	
12	Documento di riconoscimento	
13	Numero del documento	

In caso di accompagnamento ad effettuazione del test di minore

Allegare documenti genitori e/o tutore (con autorizzazione di entrambe i genitori)

i sottoscritti

Nome	Cognome	in qualità di	firma

Autorizziamo l'esecuzione del test antigenico (tampone nasale/nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19- Ag-RDTs.

Informativa per le persone che esprimono consenso a sottoporsi ad effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19-Ag-RDTs

E' necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell'esito, delle azioni conseguenti a degli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- Adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- L'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
- Il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione dell'esito;
- La positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
- La positività al test comporta l'informativa all'utente, da parte del personale sanitario che esegue il test, sulle disposizioni riguardo l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino all'esito del tampone per ricerca di RNA virali;
- In caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo.

DICHIARO

Di aver preso visione dell'informativa riportata sopra

Data: _____

Firma

leggibile: _____

Ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19- Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio

Data: _____

Firma

leggibile: _____

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE (*General Data Protection Regulation*)

Data: _____

Firma

leggibile: _____