

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
medico di famiglia \_\_\_\_\_  
documento di identità n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**riceve le seguenti informazioni e 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, necessitano di ulteriore convalida, consistente nella ripetizione dell'analisi mediante test molecolare per la ricerca del RNA virale.

In ogni caso, poiché nell'ipotesi di positività esiste un fondato sospetto di infezione COVID-19, occorre comunque adottare, in attesa della ripetizione dell'analisi mediante test molecolare per la ricerca del RNA virale, le misure di isolamento fiduciario.

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

- 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, 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;
- sottoporsi al tampone per la ricerca dell'RNA virale;
- porre massima attenzione nell'adottare le misure (mascherina, distanziamento sociale) nei confronti dei propri conviventi e di terzi;
- 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 avuto, negli ultimi 10 giorni, contatti stretti con persone affette da Covid-19;
- di non aver avuto, negli ultimi 10 giorni, febbre superiore a 37,5°C;
- di non presentare sintomatologia respiratoria (o assimilabile: es., anosmia);
- 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 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. Si avvisa, altresì, il richiedente che in letteratura si registrano casi di risultati "falsi negativi". 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.

Data e luogo

Firma della struttura o soggetto  
esecutore del test rapido o suo delegato

Firma del richiedente il test rapido

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE/INCAPACE  
ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER IL  
RILASCIO DI CERTIFICAZIONI VERDI COVID-19**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

in qualità di (genitore. Tutore, soggetto affidatario di):

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

acconsento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido per la rilevazione del contagio da SARS-CoV-2

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_