

## Consenso informato per l'effettuazione dei test antigenici (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ dell'Ospite \_\_\_\_\_

### **INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 – Ag-RDTs**

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell'esito e delle azioni conseguenti.

Di seguito, le specifiche circa l'esito del test e gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- ✓ l'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- ✓ 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 esito nonché la registrazione tramite apposita piattaforma SMAINF;
- ✓ la positività al test comporta l'accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
- ✓ la positività al test comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, che dovrà essere rispettato dalla persona/e sino a conferma con esito di tampone per ricerca di RNA virale;
- ✓ in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
- ✓ **all'interno della RSA, in applicazione della DGR 3777/2020, il test antigenico verrà utilizzato per:**
  - ✓ rendere più rapido il testing nei casi sospetti;
  - ✓ rendere più rapido il testing nei contatti;
  - ✓ rendere più rapida l'identificazione dei positivi tra soggetti sintomatici;
  - ✓ effettuare eventuali screening su tutti i degenti della comunità.

**Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata**

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

**ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, affinché il personale sanitario della RSA effettui il test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs al bisogno nei casi sopra elencati e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio**

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Dichiaro altresì di aver letto e preso atto dell'informativa allegata, ai sensi dell'13 del Reg. 679/2016/UE, e presto liberamente il consenso al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_