MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Tampone rapido su card per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

il/la sottoscritto/a

COGNOME ________________________________ NOME ____________________ data di nascita ____/____/______

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | sesso M ☐ F ☐

indirizzo ____ città :____________________

numero di telefono | | | | | | | | | | | medico di famiglia : ______________________________

email | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

dichiaro

- ✓ di avere ricevuto all'esecuzione del tampone rapido esaurienti spiegazioni in merito al fatto che lo stesso ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale;
- ✓ di esprimere il mio consenso alla partecipazione al tampone rapido per il rilevamento antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo
- ✓ di avere avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di avere avuto risposte soddisfacenti;
- ✓ di avere avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- ✓ di non avere avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso

dichiaro pertanto di

VOLERMI sottoporre al test del tampone rapido per il rilevamento degli antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

mi impegno a

- ✓ attendere il risultato del test e ritirare l'attestazione del risultato prima di abbandonare i locali.
- ✓ sono altresì consapevole che in caso di risultato POSITIVO dovrò essere sottoposto a tampone rinofaringeo ed in attesa della esecuzione di quest'ultimo

devo

- ✓ andare immediatamente in isolamento domiciliare che diviene quarantena in caso di tampone positivo; tenermi in contatto per tutto il periodo della malattia da COVID-19 con il Medico Curante

☑ **PRESTO IL CONSENSO** ☐ **NEGO IL CONSENSO**

luogo ___________________________ data _______________ **FIRMA** ___________________________________

ESITO DEL TEST

test eseguito in data 12/12/2020 **alle ore** ________ **presso** Casteltermini

ESITO

☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

firma dell'operatore che ha eseguito il test Tampone Antigenico ______________________________