

**Cod. 0163 - A.U.S.L. LE/02**  
 Farmacia "LUIGI CARZATO" Luigi Carzato  
 del dr. PIERLUIGI CARZATO  
**FARMACIA MONTESANO - TEL. 0829.763376**  
 Cod. Fisc. 022 PLG 62D28 C978Q  
 P. IVA 03343180752

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO TEST RAPIDO SU CAMPIONI NASALE per Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)**

**Caratteristiche del patogeno**

Il SARS-CoV-2 (Coronavirus 2 della SARS) è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019).

**Caratteristiche del test**

Il prelievo del tampone nasale e aspirato nasale è una procedura che consiste nel prelievo delle cellule superficiali della mucosa, mediante un piccolo bastoncino di materiale sintetico in grado di trattenere molto materiale organico. Il prelievo viene eseguito in pochi secondi ed ha un'invasività minima, originando, al più, un impercettibile fastidio nel punto di contatto.

Il test su tampone è un test squisitamente diagnostico per rilevare la presenza del virus in un preciso istante, utilissimo ad esempio per individuare un soggetto contagioso e sottoporlo immediatamente ad isolamento domiciliare per impedire la diffusione del virus.

La presenza del virus nelle mucose respiratorie è indice di attività replicativa, quindi l'individuo è altamente contagioso e dovrà essere sottoposto a quarantena domiciliare informando il proprio medico di medicina generale.

Un risultato negativo del test non elimina la possibilità di infezione da SARS-CoV-2.

**Limiti del test**

Sensibilità del test superiore all'80%.

Specificità superiore al 97%.

**Il Test Rapido è un test di screening in fase acuta per la rilevazione qualitativa.**

Il campione raccolto può contenere titoli di antigene al di sotto di soglia di sensibilità, quindi un risultato negativo del test non esclude l'infezione da COVID

I bambini tendono a diffondere il virus per periodi di tempo più lunghi rispetto agli adulti, il che può provocare differenze di sensibilità tra adulti e bambini.

**Tempi di refertazione**

Per la realizzazione del referto si stima un tempo di attesa di circa 20 minuti.

**Trattamento dei dati personali**

Tutti i Vostri dati personali verranno trattati da FARMACIA "LUIGI CARZATO" MONTESANO nel pieno rispetto delle norme vigenti in tema di protezione dei dati (GDPR 2016/679 e D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196). I risultati del test sono anch'essi trattati nel pieno rispetto della privacy e possono essere comunicati unicamente al soggetto titolato oppure a persona debitamente delegata dall'avente diritto.

Il soggetto interessato o il suo delegato in caso di positività si impegna a comunicare il risultato al suo medico di medicina generale o al dipartimento della ASL competente.

**Conservazione dei campioni**

Tutti i campioni e gli accessori usati, dovendo essere trattati come infettivi, vengono smaltiti secondo la normativa vigente.

**CONSENSO INFORMATO**

**TEST RAPIDO SU CAMPIONI NASALI per Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)**

In considerazione del colloquio effettuato con il/la dott./dott.ssa CARZATO PIERLUIGI chiaro, dettagliato, sufficiente ed esaustivo, e avendo compreso e valutato tutti gli aspetti inerenti l'esame test Rapido che valuta la presenza dell'antigene del nuovo coronavirus in campioni di tamponi nasale e aspirato nasale, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, le relative percentuali di errore diagnostico e le alternative al test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato alle autorità pubbliche competenti,

il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

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

documento di identità \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
 Acconsente  Non Acconsente

All'esecuzione del suddetto esame, accettandone i relativi rischi di errore diagnostico ed i limiti intrinseci al test.

Dichiaro, inoltre di aver letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, che mi è stato spiegato in ogni sua parte, di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi.

Ad autorizzare nello specifico la Farmacia alla trasmissione del risultato e conseguente tracciamento del relativo Test per VIRUS SARS-COV2 mediante Piattaforma Informatica Regionale di riferimento al competente Ufficio della ASL e Regione ed al proprio Medico Curante Dr. \_\_\_\_\_

TAMPONE NASALE ANTIGENICO RAPIDO	POS <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>	
TEST SIEROLOGICO RAPIDO	ANTIC. IgG <input type="checkbox"/>	ANTIC. IgM <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>

Luogo e data \_\_\_\_\_ / /

In fede \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DI CONSENSO TRATTAMENTO DATI	
Sig/Sig.ra	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Residente in	
Telefono	
letta l'informativa, dichiara di prestare il consenso al trattamento dei suoi dati personali, anche di natura sanitaria	
Luogo e data	/ /
Firma	