



Distretto Sanitario N° 37 di Termini Imerese  
U.S.C.A. Scolastica Palermo Est



### Modulo di Consenso informato per Test rapido su card (tamponi di tipo E) per la ricerca dell'antigene SARS- Cov-2

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

#### Caratteristiche del Test

1. Il test "COVID-19 Ag Rapid Test Device" è un test rapido diagnostico *in vitro* per la ricerca qualitativa dell'antigene SARS CoV-2 (Ag) in campioni umani da tampone rino-faringeo provenienti da individui che soddisfano criteri clinici e/o epidemiologici COVID19. Il dispositivo Panbio™ COVID-19 Ag Rapid Test Device è solo per uso professionale ed è destinato ad essere utilizzato come ausilio nella diagnosi dell'infezione da SARSCoV2
2. Il test fornisce risultati preliminari. I risultati negativi non precludono l'infezione da SARS-CoV-2 e non possono essere utilizzati come unica base per il trattamento o per altre decisioni di gestione. I risultati negativi devono essere combinati con le osservazioni cliniche, l'anamnesi del paziente e le informazioni epidemiologiche.
3. Test per le indagini rapide, eseguite su card che prevedono un prelievo rino-faringeo mediante tampone, con successivo rapido trattamento per una deposizione e lettura tramite tecnica immunocromatografica su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV-2, 4.
4. Il Test rapido NON SOSTITUISCE la ricerca dell'RNA virale con tecnica molecolare (da tampone rino- faringeo) che, per il momento, è l'unico definitivamente diagnostico, come da Circolare Ministeriale n. 0016106 del 09/05/2020 e successive modifiche, che specifica che il test è utile nella valutazione epidemiologica della circolazione del virus.

#### Come si esegue

Il Test viene eseguito con effettuazione di tampone rino-faringeo, effettuato come da norme vigenti e consente la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV-2,

#### Possibili risultati del Test

1. Risultato NEGATIVO o NON REATTIVO di antigeni specifici per SARS CoV-2
2. Risultato POSITIVO o REATTIVO di antigeni specifici per SARS CoV-2, 3. Risultato DUBBIO possibile interferenza di antigeni specifici per SARS CoV-2
3. risultati dubbi o positivi andranno comunque confermati dal tampone rino-faringeo, per l'esecuzione del test diagnostico in molecolare RT-PCR. In caso di risultato POSITIVO, il paziente dovrà sottoporsi autonomamente alla misura dell'isolamento domiciliare fiduciario e sottoporsi quanto prima al tampone rino-faringeo per la ricerca dell'RNA virale

#### Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ avendo ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame **Test rapido su card tamponi di tipo E per la ricerca dell'antigene SARS- Cov-2**, dall'incaricato/a all'esecuzione del test sierologico ed esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale, di aver letto e compreso l'informativa ed essendo a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame, **DICHIARA di:**

**ACCONSENTIRE**

**NON ACCONSENIRE**

All'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS- Cov-2, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

#### Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Numero di cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'utente \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Dirigente Medico che ha raccolto il consenso:



## ATTIVITÀ SCREENING SCUOLE PRIMARIE E SECONDARIE DI PRIMO GRADO

Io sottoscritto..... nato a .....

Il..... Codice Fiscale.....

residente a..... Via..... n°.....

n. di telefono.....

### (IN CASO DI MINORE COMPILARE CON I DATI DEL GENITORE/TUTORE LEGALE)

*consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000*

**DICHIARO di essere** (barrare la voce interessata)

docente della scuola dell'infanzia.....

docente della scuola elementare.....

docente della scuola media.....

operatore scolastico della scuola dell'infanzia.....

operatore scolastico della scuola elementare.....

operatore scolastico della scuola media.....

genitore/tutore legale dell'alunno.....

nato a..... il.....

frequentante la scuola elementare.....

genitore/tutore legale dell'alunno.....

nato a..... il.....

frequentante la scuola media.....

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(Luogo, Data) Castellana Sicula, 28/01/2021.....

Il Dichiarante

.....



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829  
Distretto Sanitario N° 37 di Termini Imerese

Via Ospedale Civico, 10 - 90018 – Termini Imerese  
Telefono 0917039156  
EMAIL

Li Castellana Sicula, data 28/01/2021

[distretto37@asppalermo.org](mailto:distretto37@asppalermo.org) [usca.scuoied37termini@asppalermo.org](mailto:usca.scuoied37termini@asppalermo.org)

WEB

[www.asppalermo.org](http://www.asppalermo.org)

**OGGETTO: Esito Tampone COVID 19.**

Si referta che ..... nato/a a.....

il ..... è stato/a sottoposto/a a tampone RAPIDO nasofaringeo Covid19

in data..... con **esito** .....

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Timbro e Firma del sanitario