

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA COVID-19 - AG-RDTS

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in _____ Via _____
con codice fiscale _____ e reperibile al seguente recapito telefonico
diretto _____ , indirizzo e-mail (*facoltativo*)

In qualità di _____ del minore:

Cognome e Nome _____
nato a _____ il _____ codice fiscale _____

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 è affidato il minore sottoposto 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'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
- ✓ l'adesione al test è integrale, ovvero anche a tutte le eventuali fasi successive del percorso diagnostico;
- ✓ il test fornisce risultati preliminari; l'esito del test sarà visionabile, in un secondo tempo, sul portale dell'ASST VAL tramite il codice di accesso che viene fornito in sede di tampone e sul Fascicolo Sanitario Elettronico;
- ✓ la positività al test comporta l'invio dello studente ad accertamento diagnostico di ricerca del RNA virale mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo di tipo molecolare;
- ✓ la positività al test comporta, altresì, l'obbligo di attenersi alle disposizioni dell'ATS della Montagna in tema di isolamento domiciliare, come da specifica nota informativa che viene consegnata in sede di tampone.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata

Esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTS e alle conseguenti procedure.

Data _____ Firma leggibile della persona cui è affidato il minore _____