

**CONSENSO INFORMATO PER
L'ESECUZIONE DELL'ESAME ANTIGENICO RAPIDO COVID-19**

Il sottoscritto _____ Nato _____ il _____

Residente a _____ via _____ N. _____ Telefono _____

Documento Di Riconoscimento C. Identità N. _____ Oppure PATENTE N. _____

Indirizzo mail _____ @ _____ (in modo chiaro)

Paziente del dott. _____ Telefono: _____

IN QUALITÀ DI: ME STESSO GENITORE TUTORE
Di

(da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)

NOME E COGNOME		
NATO/A a		il

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

all'esecuzione dell' _____ e _____ same ANTIGENICO RAPIDO Coronavirus _____ SARS-Cov-2

TEST ANTIGENICO (detto anche 'tampone rapido')

Si effettua sul **materiale prelevato da tampone nasale** (o naso-faringeo).

Un risultato positivo è in genere attendibile, mentre, data la sensibilità più bassa del test molecolare, **è possibile che si ottengano risultati falsi negativi**, per cui dovrebbe essere eseguito in popolazioni in cui l'incidenza della malattia è bassa (inferiore al 5%).

Cosa significa: se positivo significa che è in corso un'infezione attiva da coronavirus (ma come visto non è in grado di escludere con sicurezza la presenza dell'infezione, in caso di risultato negativo).

E' il test che si effettua all'arrivo in aeroporto o nei principali porti.

Acconso in oltre alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici, nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Serre, li _____

Firma (leggibile) _____

Firma leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso
