

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO - AG-RDTS) PER ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO

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

In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione:

in qualità di _____ del minore Cognome e Nome _____
nato il _____ codice fiscale _____

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO Covid-19 – Ag-RDTs)

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi 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'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- ✓ il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo;
- ✓ la positività al test comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, che dovrà essere rispettato dalla persona/e sino a conferma con esito di tampone per ricerca di RNA virale;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo.
- ✓ Ai sensi della circolare di regione Lombardia del 29/09/2021 ad oggetto *Indicazioni applicative della DGR n°XI 518172021 e aggiornamenti nazionali in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19* art 4, comma 1, lettera b per l'accesso alle prestazioni di pronto soccorso è sempre necessario sottoporsi al test antigenico rapido o molecolare. In caso di rifiuto a sottoporsi al tampone verrà effettuata la segnalazione all'autorità giudiziaria.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico (tampone nasofaringeo) Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure.

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

rifiuto l'effettuazione del **test antigenico (tampone nasofaringeo) Covid-19 - Ag-RDTs**

Data _____ Firma leggibile del paziente _____

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara che in data odierna
alle ore _____ il paziente non è nelle condizioni psicofisiche atte ad essere portato a conoscenza della necessità di effettuazione di tale test rapido.

Firma dell'operatore _____