

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 e deve essere confermato.

Limiti del test

La sensibilità del test proposto varia tra 92% e 94.5%.

La sua specificità è del 99.2%.

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-19

Tempi di refertazione

Per il completamento del test il tempo tecnico di attesa è di 20 minuti

Il referto sarà inviato via mail entro tre ore.

Trattamento dei dati personali

Tutti i Vostri dati personali verranno trattati dal Centro Medico "Pianeta Salute S.r.l." nel pieno rispetto delle norme vigenti in tema di protezione dei dati (GDPR 2016/679 e D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 smi). I risultati del test sono anch'essi trattati nel pieno rispetto della privacy e possono essere comunicati unicamente al soggetto titolato ovvero a persona debitamente delegata dall'avente diritto, e, in caso di esito positivo, al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di appartenenza ed al proprio medico curante come da disposizione della Regione Puglia n. 1750 del 09/11/2020.

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 COVID19 (SARS-CoV-2)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ CAP _____ prov _____

Tel: _____ CF _____ email _____

in qualità di genitore/tutore di _____ nato/a a _____ il _____

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.

Dichiaro che il proprio medico di base è il Dott./Dott.ssa _____ con studio medico

nel comune di _____ raggiungibile ai seguenti contatti:

telefono _____ mail _____

Il/La sottoscritto/a **dichiara** altresì di aver letto e compreso ed accettato l'informativa relativa al trattamento dati consegnata insieme a questo modello, **autorizza** espressamente **Pianeta Salute Srl** al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge e alla comunicazione dei risultati alle Autorità competenti.

Inoltre consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità (ai sensi del DPR 445/2020) **dichiara** di trovarsi nelle condizioni previste dalle Delibere Regionali vigenti:

- Di essere asintomatico
- Di richiedere l'esecuzione del test rapido antigenico per:
 - o Motivi di lavoro
 - o Motivi di viaggio
 - o Richieste non correlate a esigenze cliniche o di salute pubblica già disciplinate dai provvedimenti nazionali e regionali

Luogo e data _____

Firma del paziente

Firma del sanitario che ha raccolto il consenso