

**DIREZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO**

**Scheda consenso informato per test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19 e assunzione di obblighi in caso di positività**

**DATI PAZIENTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Genitore del minore: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

riceve le seguenti informazioni

I test rapidi per la ricerca dell'antigene del COVID-19, necessitano di ulteriori convalide per determinare l'accuratezza e l'affidabilità nei casi in cui il risultato sia positivo per la presenza dell'antigene.

In questi casi esiste un fondato sospetto di infezione COVID-19 e pertanto occorre adottare le misure di isolamento fiduciario e procedere alla ripetizione dell'analisi mediante test molecolare per la ricerca RNA virale.

Dichiaro di aver letto e compreso il significato del test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19.

Luogo e data .....

Firma del richiedente il test rapido

Si ricorda che un risultato positivo del test prevede i seguenti obblighi:

- di iniziare l'isolamento fiduciario presso il proprio domicilio o altro luogo indicato fino all'esito positivo del tampone molecolare, data dalla quale diventerà isolamento obbligatorio ai sensi della circolare ministeriale n. 0032850 del 12/10/2020 consapevole che l'esecutore della prestazione inserirà il risultato del test (sia positivo che negativo) sulla piattaforma COVID-19 la quale, in caso di positività, invierà un alert al MMG/PDL.S.
- di sottoporsi al tampone per la ricerca dell'RNA virale
- di porre la massima attenzione nell'adottare le misure (mascherina, distanziamento sociale) nei confronti dei propri conviventi

