

# MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Tampone rapido su card per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

## il/la sottoscritto/a

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

sexo M  F

indirizzo \_\_\_\_\_

REGISTRAZIONE CODICE SCHEDA: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

### dichiaro

- ✓ di avere ricevuto all'esecuzione del tampone rapido esaurienti spiegazioni in merito al fatto che lo stesso ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale;
- ✓ di esprimere il mio consenso alla partecipazione al tampone rapido per il rilevamento antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo
- ✓ di avere avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di avere avuto risposte soddisfacenti;
- ✓ di avere avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- ✓ di non avere avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso

### dichiaro pertanto di

**VOLERMI** sottoporre al test del tampone rapido per il rilevamento degli antigeni specifici per SARS-CoV-2 da prelievo rino-faringeo

### mi impegno a

- ✓ attendere il risultato del test e ritirare l'attestazione del risultato prima di abbandonare i locali.
- ✓ sono altresì consapevole che in caso di risultato POSITIVO dovrò essere sottoposto a tampone rino-faringeo ed in attesa della esecuzione di quest'ultimo

### devo

- ✓ andare immediatamente in isolamento domiciliare che diviene quarantena in caso di tampone positivo;
- ✓ tenermi in contatto per tutto il periodo della malattia da COVID-19 con il Medico Curante

**PRESTO IL CONSENSO**

**NEGO IL CONSENSO**

luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

## ESITO DEL TEST

test eseguito in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

### ESITO

POSITIVO

NEGATIVO

firma del medico \_\_\_\_\_