

Informativa Tampone rapido SARS- Cov-2 Ag su card (tipologia E)

Caratteristiche del Test

1. Il test antigenico per la ricerca di SARS-CoV-2 è un test rapido diagnostico per la ricerca qualitativa dell'antigene SARS CoV-2 in campioni da tampone rinofaringeo.
2. Il test fornisce risultati preliminari. I risultati negativi non precludono l'infezione da SARS-CoV-2 e non possono essere utilizzati come unica base per il trattamento o per altre decisioni di gestione. I risultati devono essere combinati con le osservazioni cliniche, l'anamnesi del paziente e le informazioni epidemiologiche.
3. Il test prevede un prelievo rinofaringeo mediante swab, con successivo rapido trattamento per una deposizione e lettura tramite tecnica immunocromatografica su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV-2.
4. Il Test rapido NON SOSTITUISCE la ricerca dell'RNA virale con tecnica molecolare (da tampone rinofaringeo) che, per il momento, è l'unico definitivamente diagnostico, ma è utile nella valutazione epidemiologica della circolazione del virus.

Possibili risultati del Test

1. Risultato NEGATIVO
2. Risultato POSITIVO

I risultati positivi andranno comunque confermati da un secondo tampone rinofaringeo per l'esecuzione del test diagnostico in molecolare RT-PCR.

Tutti i soggetti con test antigenico rapido positivo, saranno segnalati al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territorialmente competente che provvederà a predisporre la conferma tramite tampone rinofaringeo per la ricerca del SARS-CoV-2 in RT-PCR. I suddetti pazienti, secondo le disposizioni dell'Assessorato della Salute, anche in assenza di sintomi, verranno posti in isolamento domiciliare fino all'acquisizione dell'esito del tampone e dovranno proseguire la quarantena nei tempi e nei modi che gli verranno indicati.

Il referto verrà inviato tramite email. In caso di esito positivo, il paziente sarà contattato telefonicamente.

Consenso Informato

Il /La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

Codice Fiscale: _____

Dichiara

- di avere compreso le finalità del test mediante l'informativa precedentemente esposta;
- che le informazioni riportate nel questionario anamnestico rispondono al vero;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame;
- di dare il consenso all'effettuazione del tampone rapido e al tracciamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 (GDPR) e alla trasmissione degli stessi alle autorità sanitarie competenti per le eventuali ulteriori indagini diagnostiche ed epidemiologiche.

Data _____

FIRMA _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (per minore)

Il sottoscritto (padre) _____ nato a _____ il _____

La sottoscritta (madre) _____ nata a _____ il _____

Consapevoli delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'Art. 76 del

D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiarano di esercitare la potestà genitoriale del minore

(cognome) (nome).....

nato a il

DICHIARANO

- di avere compreso le finalità del test mediante l'informativa precedentemente esposta;
- che le informazioni riportate nel questionario anamnestico rispondono al vero;
- di dare il consenso all'effettuazione del tampone rapido e al tracciamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 (GDPR) e alla trasmissione degli stessi alle autorità sanitarie competenti per le eventuali ulteriori indagini diagnostiche ed epidemiologiche.

Data ___ / ___ / _____

Firma (leggibile) _____

Firma (leggibile) _____

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista _____
Data dell'intervista:	Luogo
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato	
Cognome	Nome
Codice Fiscale	Sesso
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	Via
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	Contact tracing Screening Altro _____
Sezione 3 – Tipo di esame	
Test sierologico tipologia A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico tipologia B	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico rapido	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, (tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, (tipologia E)	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Altro test specificare _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	(Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)
Sintomatico	Data inizio sintomi: _____
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Dolori muscolari
	<input type="checkbox"/> Mal di gola
	<input type="checkbox"/> Alterazione gusto
	<input type="checkbox"/> Alterazione olfatto
	<input type="checkbox"/> Cefalea,
	<input type="checkbox"/> Disturbi intestinali
<input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero – Data: _____ P.O. : _____	
<input type="checkbox"/> Deceduto – Data: _____	