

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

DATI PAZIENTE

NomeCognome..... nato a
.....il

Residente inalla via
.....

codice fiscale

recapito.....

DATI MEDICO CURANTE/DI FAMIGLIA: dr.

**IL SOTTOSCRITTO
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 quel caso 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.

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

- 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, e consapevole che l'esecutore della prestazione invierà all'ASREM i risultati del tampone rapido risultati positivi.
- SOTTOPORSI al tampone molecolare
- PORRE la massima attenzione nell'adottare le misure (mascherina, distanziamento sociale) nei confronti dei propri conviventi
- AVVISARE il medico competente dell'Azienda o dell'Ente presso il quale lavora della misura di isolamento fiduciario applicate

Si precisa, inoltre, che il risultato negativo del test rapido non libera l'interessato dalla possibilità di contrarre il virus: infatti, permane l'obbligo continuare ad attuare tutte le misure preventive raccomandate – indossare sempre la mascherina, sanificare spesso le mani e rispettare il distanziamento sociale - dalle disposizioni normative: al fine di tutelare se stesso e gli altri.

**DICHIARA
DI AVER LETTO E COMPRESO IL SIGNIFICATO DELLE SUE ESPOSTE
INFORMAZIONI SUL TEST RAPIDO
PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DEL COVID-19.**

Luogo e data

Firma per presa visione
