

## CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA COVID-19 - AG-RDTS

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
con codice fiscale \_\_\_\_\_ e reperibile al seguente recapito telefonico  
diretto \_\_\_\_\_ , indirizzo e-mail (*facoltativo*)  
\_\_\_\_\_

### **INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 – Ag-RDTs**

È necessario che l'Utente sottoposto al test sia a conoscenza del significato dell'esito e delle azioni conseguenti.

Di seguito, le specifiche circa l'esito del test e gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
- ✓ l'adesione al test è integrale, ovvero anche a tutte le eventuali fasi successive del percorso diagnostico;
- ✓ il test fornisce risultati preliminari; l'esito del test sarà visionabile, in un secondo tempo, sul portale dell'ASST VAL tramite il codice di accesso che viene fornito in sede di tampone e sul Fascicolo Sanitario Elettronico;
- ✓ la positività al test comporta l'invio dell'Utente ad accertamento diagnostico di ricerca del RNA virale mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo di tipo molecolare;
- ✓ la positività al test comporta, altresì, l'obbligo di attenersi alle disposizioni dell'ATS della Montagna in tema di isolamento domiciliare, come da specifica nota informativa che viene consegnata in sede di tampone.

**Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata**

**Esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure.**

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile dell'utente \_\_\_\_\_