

**Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico tramite
tampone nasofaringeo per la ricerca del virus SARS-Cov-2****TAMPONE RINO FARINGEO: Che cos'è e come si esegue**

Il tampone è un esame rapido (eseguito in pochi secondi) e che permette di rilevare la presenza o meno del virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019).

Il tampone è indolore anche se in alcuni soggetti può risultare fastidioso e viene effettuato inserendo un bastoncino con una sorta di cotton fioc posizionato all'estremità. Il tampone viene strofinato leggermente sulla mucosa:

- della faringe posteriore, infilando il tampone in bocca fino ad arrivare nei pressi delle tonsille per il tampone faringeo;
- del naso, inserendo il tampone nelle due narici e procedendo fino a raggiungere la parete posteriore del rinofaringe (parte superiore della faringe).

L'analisi dei tamponi rino-faringei è l'unico test diagnostico che permette di rilevare la presenza o meno del virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019).

Chi lo esegue

Il tampone viene effettuato da Personale Sanitario.

Il campione prelevato verrà analizzato dal Laboratorio Analisi Cliniche convenzionato con ATS Pavia.

Possibili risultati del test

Risultato NEGATIVO: non risultano infezioni in corso da virus SARS Cov-2

Risultato POSITIVO: risulta in corso un'infezione da virus SARS Cov-2

Risultato INDETERMINATO: la carica virale è bassa

Risultato NON IDONEO: il materiale raccolto è di scarsa qualità e non sufficiente per l'esame.

Tempi di refertazione

I risultati del tampone saranno comunicati dal Laboratorio nell'arco di 24 ore lavorative dall'esecuzione del tampone

Limiti del test

La sensibilità e la specificità risulta pari al 95%.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in
_____ Via _____ con codice fiscale (*) _____ e reperibile al
seguito recapito telefonico diretto (*) _____, indirizzo e-mail (*) _____

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione:

in qualità di _____ del minore

Cognome del minore _____ nome del minore _____

codice fiscale _____ e reperibile al seguito recapito telefonico diretto (*) _____

Dichiaro di avere letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi. Dichiaro inoltre di essere stato informato che in caso di positività la stessa sarà comunicata ai Servizi Sanitari Pubblici competenti da parte della Struttura per l'adozione delle misure necessarie previste dalla normativa vigente. In considerazione delle informazioni ricevute, che dichiaro chiare e dettagliate, e avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come sopra riportati, inerenti al TAMPONE rino-faringeo, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato ai Servizi Sanitari Pubblici competenti

presto il consenso all'esecuzione del TAMPONE RINO-FARINGEO (segnare con una X)

SI NO

IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI

Data ____/____/____

Firma del Paziente /genitore

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto _____
revoco il consenso da me precedentemente prestato, consapevole che tale revoca non pregiudica l'utilizzo dei dati effettuato prima di tale atto.