

CONSENSO INFORMATO

Test per la ricerca dell'antigene del virus SARS*-COV-2 su secrezioni respiratorie

NOME _____ COGNOME _____, nato/a _____

in data _____, residente in _____ Via _____

Indirizzo di residenza per la fatturazione

(da compilare solo se diverso da quello di residenza)

Codice Fiscale _____ indirizzo mail _____ cellulare _____

*Nome e Cognome Medico Curante _____

Da disposizioni Regionali in caso di esito positivo dell'esame, l'utente ha l'obbligo di contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e di rispettare, da subito le norme legate al distanziamento sociale, ponendosi in isolamento (nel suo domicilio o in altra struttura) e dovrà seguire le istruzioni della determinazione del 12 maggio 2020 allo scopo di sottoporsi, entro le 48 ore alla prescrizione medica al test molecolare presso una delle sedi "drive in" presenti sul territorio della propria Asl di residenza, assicurando il rispetto delle misure di distanziamento nell'abitacolo.

PRESENZA DI SINTOMI: NO SI Se SI indichi la data di inizio sintomi: ____/____/____

Descriva i sintomi: _____

Tale esame è un test di screening la cui tariffa regionale, se erogata da strutture pubbliche è di 13,94 Euro. Non deve essere confuso con il tampone rinfaringeo per ricerca virale in Biologia Molecolare mediante PCR che rimane, pur con i suoi limiti, il gold standard per la ricerca virale ed al quale si deve accedere nel momento in cui il presente test risulti positivo e/o nel caso in cui il medico curante ne indichi la necessità.

alla luce di quanto sopra esposto, e **consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria** manifesto la volontà di sottopormi all'esecuzione del tampone tramite la struttura sanitaria abilitata e di aderire al percorso definito in caso di positività

Firma _____

 esprimo il mio consenso al **ritiro dei referti on-line** (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e **mi obbligo** a comunicare al MMG o PLS il risultato con conseguente esecuzione del test molecolare, in caso di positività

Firma _____

 sono stato informato che il tampone nasofaringeo possa generare fastidi postumi, come sanguinamenti anche se rari e ne accetto le possibili conseguenze

Firma _____

 esprimo il mio consenso al **Trattamento dei dati personali**:

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento è l'IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dei test per la ricerca dell'antigene del virus SARS*-COV-2 su secrezioni respiratorie e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test per la ricerca dell'antigene del virus SARS*-COV-2 su secrezioni respiratorie operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Firma _____