TEST SIEROLOGICO ANTI-SARS-CoV-2 / TAMPONE PER RICERCA RNA VIRALE
ESPRESSIONE DI CONSENSO INFORMATO

La/il sottoscritta/o _____

DICHIARA

- di aver ricevuto e letto il **FOGLIO INFORMATIVO**
- di averne compreso il contenuto, avendo avuto il tempo di chiedere spiegazioni e ricevere esaurienti risposte chiarificatrici su tutte le sue parti.

ACCONSENTE

- □ all'esecuzione di un prelievo di sangue venoso per la determinazione di anticorpi anti-SARS-CoV-2 tramite **dosaggio qualitativo anticorpi anti-SARS-CoV-2** - ditta Roche con metodica ECLIA a cui seguirà convocazione per esecuzione del tampone molecolare in caso di positività

- □ all'esecuzione di un prelievo di sangue venoso per la determinazione di **anticorpi anti-proteina S (SPIKE) del SARS-CoV-2** tramite dosaggio quantitativo anticorpi anti-proteina S (SPIKE) del SARS-CoV-2 - ditta Roche con metodica ECLIA. Dichiaro inoltre di:

  □ di aver avuto un tampone positivo da almeno 30 giorni

  □ di esser stato vaccinato

  □ di aver avuto un sierologico positivo da almeno 30 giorni

  □ nessuna delle tre condizioni precedenti, a cui seguirà convocazione per esecuzione del tampone molecolare in caso di positività

- □ all'esecuzione del **tampone per la ricerca dell' RNA virale**: □ 1° tampone □ tampone di controllo

  Dichiaro inoltre di:

  □ rientrare da viaggio all'estero_localita' e data rientro: _____

  □ aver avuto negli ultimi 15 giorni i seguenti sintomi: _____

  □ esser stato vaccinato

  □ aver già contratto infezione nei mesi precedenti

  □ abitare in zone con focolaio epidemico

  □ essermi sottoposto a tampone antigenico con esito positivo

  □ essere un under 19 al primo tampone

  Refertazione:
  □ referto lingua italiana □ referto lingua inglese □ viaggio verso Inghilterra

IN CASO DI SIEROLOGICO POSITIVO ACCONSENTE INOLTRE,
rispettando quanto stabilito dalla circolare del Ministero della Salute 0016106-09/05/2020-DGPRE-DGPRE-P e DGR n. XI/3131 del 12/05/2020 Allegato 1, nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy,

- all'invio dell'esito positivo del test sierologico all' Azienda Tutela Salute (ATS) di residenza;
- all'isolamento domiciliare a seguito di positività del test sierologico, fino all'esito negativo del test molecolare.

Luogo _____ Data _____ Firma leggibile del paziente _____

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI PAZIENTE MINORE O INCAPACE

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____

in osservanza dell'art.76 del DPR 28/12/2000, n. 445 (dichiarazioni non veritiere) e dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n. 445 (sostituzione delle normali certificazioni)

DICHIARIAMO DI ESSERE :

_ GENITORI _ TUTORI/E

Firma (leggibile) * _____

Firma (leggibile) _____
* se uno dei genitori è assente, firmare e motivare l'assenza, assumendo la responsabilità dell'atto (art.317 del codice civile)