

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME ANTICORPI ANTI COVID-19

Il test di screening che sta eseguendo rileva la presenza di anticorpi IgG - IgM anti COVID-19, malattia respiratoria acuta da virus SARS-CoV-2.

Questo test sierologico è un utile ausilio, in situazioni ben definite ed in stretta collaborazione con il medico curante, per avere conoscenza se si è venuti a contatto con il virus.

Si ricorda che, in caso di positività, ad uno o ad entrambi gli anticorpi o nei casi clinici sospetti, questo test NON SOSTITUISCE il test molecolare (il tampone) per il rilevamento del genoma virale, come previsto dalla Circolare Ministeriale del 09/03/2020, D.L. n.14 del 09/03/2020 e s.m.i.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/ Il/la sottoscritto/a.....

nato/a.....il.....

residente in..... Via

N° di cellulare.....

*** da compilare in caso di paziente minore o soggetti sottoposti a tutela**

* Dati identificativi di chi esercita patria potestà
lo sottoscritto/a _____ (cognome e nome).

Data di nascita/...../.....luogo_____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, nonché del fatto che la potestà sul minore compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),

(1) * in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) * in qualità di tutore del paziente.....

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO

Il/I sottoscritto/i, consapevole/i delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la propria personale responsabilità:



ACCONSENTO



NON ACCONSENTO

l'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare la presenza di anticorpi anti COVID-19

dichiaro inoltre:

- presenza di febbre nei giorni precedenti l'esame NO SI
- presenza di altra sintomatologia NO SI quale.....

DICHIARA

- **di aver ricevuto dal** medico un'informazione chiara e dettagliata sul tipo di procedura che sarà effettuata e sull'indagine, di averne compreso l'utilità ed i limiti
- **di acconsentire** al prelievo di materiale biologico e alla **ricerca molecolare dell'RNA virale SARS-CoV-2**
- **di autorizzare** il Direttore di Laboratorio del Centro di Medicina, o il Medico del Lavoro, a trasmettere l'esito dell'analisi e i miei dati personali, ivi compresi i dati sanitari, al competente Dipartimento di Prevenzione della Regione Friuli Venezia Giulia
- **di acconsentire** alla conservazione del mio materiale biologico e dei miei dati associati per la ricerca COVID-19

Il/i sottoscritto/i sono stato/i edotti sui diritti di revoca del presente consenso e sono consapevole/i di poter comunicare tempestivamente a privacy@centrodimedicina.com ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

IN CASO DI POSITIVITÀ IL PAZIENTE (CONSIDERATO POTENZIALMENTE INFETTIVO) SI ASSUME LA RESPONSABILITÀ DI AVVERTIRE IL PROPRIO MEDICO CURANTE NEL PIU' BREVE TEMPO POSSIBILE.

Firma Paziente _____

Firma del Genitore/Tutore (in caso di minore) _____

Luogo e Data _____