



**Consenso informato tampone
Test antigenico rapido Covid-19**

Distretto 38
U.O.T.Prevenzione di Lercara Friddi

Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a _____ dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame diagnostico richiesto. Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

DICHIARA

di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione dell'esame esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e:

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

all'esecuzione del tampone rinofaringeo e del test rapido sul campione ottenuto per la ricerca degli antigeni di SARS-CoV-2 (nuovo coronavirus) con kit "ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag" , acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy .

Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso

Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente _____ In Via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Data _____

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO



REFERTO :
TEST ANTIGENICO RAPIDO , ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag
(tampone rinofaringeo)

RAPID TEST Device Cod. Lotto Scadenza il

Data _____ Ente _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Residente in via

Numero di cellulare _____ Mail _____

ESITO (mettere una crocetta nei test)
**POSITIVO
NEGATIVO
**INVALIDO

** Per i risultati invalido e/o positivi la struttura/ente dovrà essere eseguito il tampone rinofaringeo di conferma e dare immediata comunicazione al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Palermo per il tracciamento epidemiologico

Cognome e Nome di chi ha eseguito il test presso la struttura (a stampatello)

Data e luogo _____

Firma di chi ha eseguito il test _____