

Referto n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Oggetto: Esito esecuzione il Tampone Rapidi Covid-19( Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Cov-2) Antigen Detection Test (colloidal gold-based) Product Advantages Rapid & portable kit for large-scale screening)**

**DA COMPILARE DA PARTE DELL'UTENTE**

Il/La signor/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In data odierna è stato eseguito il tampone rapido Covid-19 tipo "Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Cov-2) Antigen Detection Test (colloidal gold-based) Product Advantages Rapid & portable kit for large-scale screening" che all'esito è risultato/a \_\_\_\_\_ alla presenza di SarC-Cov-2.

**Company Consulting Srl**

**Medicina del Lavoro**

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 dalla 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. La struttura sanitaria abilitata allo svolgimento del test/ la ASL che svolge l'esecuzione del test molecolare in modalità drive in e la Regione raccoglieranno e registreranno i suoi campioni in questa indagine insieme ai suoi principali dati identificativi (data di nascita, residenza, eventuale amministrazione di appartenenza) ed eventuali sintomi riferibili a COVID-19: tutto ciò verrà utilizzato e trattato limitatamente allo scopo espresso dalla D.G.R. 209/2020 e dalla determina del 12 maggio 2020, esclusivamente per il periodo di tempo necessario alla gestione delle azioni utili a contrastare l'emergenza COVID-19. I campioni ed i suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture deputate e non ceduti in nessun modo a terzi, in linea con il GDPR 2016/679, con il D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs 101/2018 e secondo le disposizioni specifiche in materia emergenziale (es. art. 14 del DL n.14 9/03/2020 e 17 bis del DL 18/2020 come introdotto dalla L. 27/2020 s.m.i.).

**DA COMPILARE DA PARTE DELL'UTENTE**

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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.

Avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come sopra riportati, inerenti al TAMPONE, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato ai Servizi Sanitari Pubblici competenti presto il consenso all'esecuzione del:

**DA COMPILARE DA PARTE DELL'UTENTE**

TAMPONE:     SI     NO

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

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Paziente**

\_\_\_\_\_