

MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE PERSONALE E/O DI MINORE/INCAPACE ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO IN FARMACIA PER IL RILASCIO DI CERTIFICAZIONI VERDI COVID-19

In considerazione del colloquio effettuato con il/la dott./dott.ssa _____ chiaro, dettagliato, sufficiente ed esaustivo, e avendo compreso e valutato tutti gli aspetti inerenti l'esame test antigenico rapido che valuta la presenza dell'antigene del nuovo coronavirus in campioni di tamponi nasale e aspirato nasale, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, le relative percentuali di errore diagnostico e le alternative al test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato alle autorità pubbliche competenti,

il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

documento di identità _____ numero _____

rilasciato da _____ con data di scadenza _____

residente a _____ in via _____ CAP _____

prov. _____ cellulare: _____ email _____

(da compilare solo in caso di paziente minorenni)

in qualità di genitore/tutore di nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

documento di identità _____ numero _____

rilasciato da _____ con data di scadenza _____

Acconsente

Non Acconsente

All'esecuzione personale o alla partecipazione del suddetto minore alla partecipazione all'esecuzione del test antigenico, per la rilevazione del contagio da SARS-COV-2, accettandone i relativi rischi di errore diagnostico ed i limiti intrinseci al test.

Dichiaro di sottopormi e/o di far sottoporre il minore volontariamente all'esecuzione del test antigenico rapido nasale e di non avere febbre superiore a 37.5 °C e/o di non avere sintomatologia respiratoria o assimilabile tipo anosmia.

Dichiaro, inoltre di aver letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, che mi è stato spiegato in ogni sua parte, 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.

Ad autorizzare nello specifico la Farmacia alla trasmissione del risultato e conseguente tracciamento del relativo Test per VIRUS SARS-COV2 mediante Piattaforme Informatiche Regionali di riferimento (#testascuola e/o #insalute) al competente Ufficio USCA della ASL e Regione ed al proprio Medico Curante Dr.

_____.

TAMPONE NASALE ANTIGENICO RAPIDO	POS <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>	
TEST SIEROLOGICO RAPIDO	ANTIC. IgG <input type="checkbox"/>	ANTIC. IgM <input type="checkbox"/>	NEG <input type="checkbox"/>

Luogo e data _____

In fede _____