



**CONSENSO INFORMATO AL TEST SIEROLOGICO IgG/IgM per Covid-19
(Coronavirus SARS-CoV-2)**

Data: 28/10/2020 - Rev.0

Che cos'è e come si esegue

I test sierologici consentono di determinare se è avvenuta o se è in atto un'infezione da SARS-CoV-2; l'infezione, infatti, può essersi presentata senza alcun sintomo o con sintomi talmente lievi da passare inosservata. Possono dare utili indicazioni circa un eventuale contatto del paziente con il virus attraverso la misurazione degli anticorpi nel sangue. I test sierologici per la rilevazione di anticorpi anti-SARS CoV-2, su siero, e "rapido", su sangue capillare permettono di misurare la presenza degli anticorpi prodotti dal sistema immunitario in risposta all'infezione. Gli anticorpi, prodotti dai linfociti B, sono rappresentati, principalmente, da: immunoglobuline M (IgM) e immunoglobuline G (IgG).

Possibili risultati test anticorpale

Infezione in corso: IgG Positivo

Infezione in corso in fase iniziale: IgM Positivo - IgG Negativo

Infezione pregressa, possibile immunizzazione: IgM Positivo - IgG Positivo

Assenza di infezione o assenza di risposta immune: IgM Negativo - IgG Negativo

Fase di incubazione: IgM Negativo

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.

In considerazione del colloquio effettuato con il **Biologo Dott. Cianfa Arnaldo** chiaro, dettagliato, sufficiente ed esaustivo, e avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come sopra riportati, inerenti al TEST SIEROLOGICO IgM-IgG, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato ai Servizi Sanitari Pubblici competenti.

CONSENSO DELL'UTENTE/ESERCENTE POTESTÀ GENITORIALE O TUTORE

EVENTUALE TUTORE: M F

Luogo di Nascita: Data di Nascita: Tel.:

Domicilio: CAP:

C.F.: E-mail:

Medico Curante, Dott: Tel.:

presto il consenso all'esecuzione del TEST SIEROLOGICO IgG/IgM

| | |
|-----------|-----------|
| SI | NO |
|-----------|-----------|

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

Con la sottoscrizione del presente documento, presto il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/16 (GDPR)

Firma del Paziente

Firma del Medico che ha acquisito il consenso

.....

.....

Data...../...../.....

REVOCA CONSENSO

Il sottoscritto....., revoco il consenso da me precedentemente prestato, consapevole che tale revoca non pregiudica l'utilizzo dei dati effettuato prima di tale atto.

Data...../...../.....

Firma del Paziente.....



SCHEMA DI VALUTAZIONE DI MEDICINA GENERALE (riservato all'Utente)

Cognome....., Nome.....

Luogo di nascita....., Data...../...../.....

Residenza.....

Numero di conviventi....., Telefono.....

Indirizzo di posta elettronica.....

Data...../...../....., Ora.....

VALUTAZIONE CLINICA (riservato al Laboratorio)

| | | | | |
|---|----------------------------|--|-----------|--|
| 1. Temperatura superiore ai 37,5 c°? | SI , inviare a casa | | NO | |
| 2. Difficoltà respiratoria a riposo? | SI | | NO | |
| 3. Stato di coscienza alterato? | SI | | NO | |
| 4. Alterazione del gusto e/o dell'olfatto? | SI | | NO | |
| 5. Mal di gola? | SI | | NO | |
| 6. Tosse? | SI | | NO | |
| 7. Congiuntivite? | SI | | NO | |
| 8. Diarrea? | SI | | NO | |
| 9. Dolori muscolari? | SI | | NO | |
| 10. Vomito? | SI | | NO | |
| 11. Astenia? | SI | | NO | |
| 12. Cefalea? | SI | | NO | |
| 13. Ha patologie croniche che richiedono controlli periodici? | SI | | NO | |
| se SI , quali? | | | | |
| 14. Firma | | | | |



TEST SIEROLOGICI

- **CAMPIONE**

Identificativo del campione: _____

- **ANAGRAFICA**

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data ____/____/____

Codice fiscale _____ Genere M F

- **MEDICO PRESCRITTORE**

Cognome _____ Nome _____

Afferenza studio epidemiologico _____

- **STRUTTURA DI PROVENIENZA**

sanitaria altro

- **TEST RAPIDO**

si no

- **TEST SIEROLOGICO**

si no

- **DATA PRELIEVO TEST SIEROLOGICO**

____/____/____

- **DATA TEST SIEROLOGICO**

____/____/____

- **METODICA TEST SIEROLOGICO**

- **RISULTATO TEST SIEROLOGICO IGG**

positivo negativo dubbio

- **TITOLO IGG**

NOTE