



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

Data: 28/10/2020 - Rev.0

Che cos'è e come si esegue

Il Test Sierologico quantitativo per Covid-19 è un test di screening quantitativo per la ricerca di anticorpi contro il virus SARS-CoV2 responsabile del COVID-19. Viene effettuato su pazienti asintomatici, non sostituisce il tampone, ma fornisce informazioni di ausilio diagnostico.

Viene eseguito su prelievo di sangue venoso. L'esame permette di evidenziare la presenza di anticorpi **IgG**, indicatori di avvenuta infezione da COVID-19 e **IgM**, indicatori (da soli o con anticorpi **IgG**) di una possibile infezione in atto.

I test così effettuati non costituiscono in nessun caso certificazione dello stato di malattia contagiosità o guarigione

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 QUANTITATIVO, 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 QUANTITATIVO

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.....



SCHEDA 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