



**CONSENSO INFORMATO AL TAMPONE RINO-FARINGEO per Covid-19
(Coronavirus SARS-CoV-2)**

Data: 28/10/2020 - Rev.0

Che cos'è e come si esegue

Il tampone è un esame rapido (eseguito in pochi secondi) e che permette di rilevare la presenza o meno del virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019).

Il tampone è indolore anche se in alcuni soggetti può risultare fastidioso e viene effettuato inserendo un bastoncino con una sorta di cotton fioc posizionato all'estremità. Il tampone viene strofinato leggermente sulla mucosa:

- della faringe posteriore, infilando il tampone in bocca fino ad arrivare nei pressi delle tonsille per il tampone faringeo;
- del naso, inserendo il tampone nelle due narici e procedendo fino a raggiungere la parete posteriore del rinofaringe (parte superiore della faringe).

L'analisi dei tamponi rino-faringei è l'unico test diagnostico che permette di rilevare la presenza o meno del virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019).

Chi lo esegue

Il tampone viene effettuato dal Personale Sanitario.

Il campione prelevato verrà analizzato dal Laboratorio Analisi Cliniche Forano srl.

Possibili risultati del test

Risultato **NEGATIVO**: non risultano infezioni in corso da virus SARS Cov-2

Risultato **POSITIVO**: risulta in corso un'infezione da virus SARS Cov-2

Risultato **INDETERMINATO**: la carica virale è bassa

Risultato **NON IDONEO**: il materiale raccolto è di scarsa qualità e non sufficiente per l'esame.

Tempi di refertazione

I risultati del tampone saranno comunicati e inseriti all'interno della Piattaforma COVID-19 Regione Lazio, dal Laboratorio A.C.F. srl

Limiti del test

La sensibilità e la specificità risulta pari al 99,9%.

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 TAMPONE rino-faringeo, 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 TAMPONE RINO-FARINGEO

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				



ANALISI CLINICHE FORANO SRL
Via Luigi Angelini 5°
02044 FORANO (RI)

TEST RAPIDI ANTIGENICI

- CAMPIONE**

Identificativo del campione: _____

- ANAGRAFICA**

Cognome _____ Nome _____

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

Codice fiscale _____ Genere M F

Recapito telefonico _____

- TEST**

Punto prelievo _____

Provenienza _____

Gruppo _____

Mezzo _____ data mezzo _____ ora _____

Indagine epidemiologica _____

Comune di residenza _____

ASL di residenza _____

Regione di Residenza _____ Nazionalità _____

Tipologia esame _____ data esame _____

Esito esame Positivo Negativo

- MEDICO PRESCRITTORE**

Cognome _____ Nome _____

NOTE

ANALISI CLINICHE FORANO SRL

Laboratorio Generale di Base

Sede Legale e Laboratori: Via Luigi Angelini 5/a - 02044 Forano (RI)

Tel/Fax: 0765.57.06.50 - 0765.57.11.98

e-mail: info@analisiclinicheforano.com - www.analisiclinicheforano.com - PEC : analisiclinicheforano@legalmail.it

P.Iva : 01175020575 Cod.Fisc. 01175020575 - Rea n. RI 73729