

Modello di consenso informato per l'adesione volontaria a screening tampone rapido antigenico naso-faringeo da parte di personale infermieristico professionale volontario.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in _____ Via _____
e reperibile al seguente recapito telefonico diretto _____,
indirizzo e-mail: _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

DI ESPRIMERE CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2
MEDIANTE TEST RAPIDO ANTIGENICO NASO-FARINGEO

l'adesione al test è volontaria ed integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso di screening; il test fornisce risultati preliminari alla persona che si sottopone al medesimo; la positività al test comporta l'invito alla persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di tampone molecolare previa consulenza medica fornita dal proprio medico di base; in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo; l'esecuzione del test avviene attraverso la modalità di prelievo biologico attraverso le cavità nasali, procedura praticamente priva di rischi clinici per il paziente.

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SOPRA RIPORTATA

FIRMA LEGGIBILE _____

ED ESPRIMO LA MIA ADESIONE VOLONTARIA E INFORMATATA, ALLA LUCE DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, A SOTTOPORMI ALLA RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 ANTIGEN RAPID TEST DEVICE E ALLE CONSEGUENTI PROCEDURE IN CASO DI ESITO POSITIVO O DUBBIO

FIRMA LEGGIBILE _____

Dichiaro altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", (Privacy).

FIRMA LEGGIBILE _____

LUOGO _____ DATA _____



**QUESTIONARIO DI VERIFICA
SINTOMI E CONTATTI A RISCHIO
DI CONTAGIO PER COVID 19**



**Da presentare il giorno dell'appuntamento al Covid-Point
Centro Polivalente "Bennati" via Roma n°29/ P.zza D.Marini
(tamponi antigenici rapidi)**

Il sottoscritto/a.....

Data di nascita..... Tel/Cell.....

Dichiara e sottoscrive quanto segue

- Negli ultimi 14 gg è comparsa una febbre superiore a 37,5°C?
SI **NO**
- Negli ultimi 14 gg è comparsa tosse, difficoltà respiratoria, perdita del gusto e dell'olfatto? **SI** **NO**
- Negli ultimi 14 gg sono comparsi sintomi influenzali quali mal di gola, dolori muscolari diffusi, vomito, diarrea, mal di testa, congiuntivite (almeno 2 sintomi)? **SI** **NO**
- Negli ultimi 14 gg ha avuto contatti stretti con una persona positiva al coronavirus? **SI** **NO**
- Negli ultimi 14 gg ha avuto contatti stretti con una persona sospetta per coronavirus in attesa dell'esito del tampone ? **SI** **NO**

Dichiara di **non essere** in isolamento domiciliare fiduciario e/o in quarantena.

Consapevole dei rischi potenziali durante l'accesso alla struttura dedicata, accetto di sottopormi alle procedure previste dall'Amm.ne Comunale di Castelbelforte per ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione:

-misurazione della temperatura, indossare correttamente la mascherina, igienizzazione delle mani, distanziamento.

DATA COMPILAZIONE _____ FIRMA _____

ATTENZIONE: Se ha risposto SI ad una delle domande di cui sopra NON POTRA' presentarsi per eseguire il tampone rapido antigenico e dovrà contattare il suo medico di medicina generale per gli eventuali accertamenti.