

**Allegato 1:**

**Modulo di Consenso informato**

“Test rapido per il rilevamento qualitativo di anticorpi IgG e IgM per 2019-nCov (Virus Coronavirus) in campioni di sangue intero con pungidito”

Si precisa inoltre che le informazioni contenute nel seguente foglio informativo sono preliminari e sono tuttora soggette ad aggiornamenti.

**Matricola** \_\_\_\_\_

**Operatore Sanitario:**  SI  NO

**Tipologia paziente:**  U=Utente (compilare in caso di NO operatore Sanitario)  OD=O

Dipendente  OP=O. Privato; MMG/PLS=Medici di Base  PP= Polizia Penitenziaria;  ALTRO

**\_I sottoscritt\_ (cognome e nome)** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_ **Sesso**  M  F

**Comune di nascita** \_\_\_\_\_ **data di nascita** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Comune di residenza** \_\_\_\_\_

**Indirizzo di residenza** \_\_\_\_\_ **cap** \_\_\_\_\_

**Comune di domicilio** (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

**Indirizzo di domicilio** \_\_\_\_\_ **cap** \_\_\_\_\_

**Condizione clinica:**

ASINTOMATICO = A

PAUCISINTOMATICO = P

LIEVE = L

CRITICO = C

GUARITO = G

**Azienda/Ente/Ditta:** \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

- ✓ di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test sierologico esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale;
- ✓ di esprimere il mio consenso alla partecipazione al test rapido per il rilevamento qualitativo di anticorpi IgM e IgG per COVID19 in campioni di sangue intero con pungi dito;
- ✓ di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- ✓ di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno.
- ✓ di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del Consenso.

### **DICHIARO pertanto di**

- ✓ **VOLER** sottoporsi al test rapido per il rilevamento qualitativo di anticorpi IgM e IgG per COVID19 in campioni di sangue intero con pungidito
- ✓ **VOLER** ricevere l'eventuale risultato del tampone oro-rinofaringeo sulla email personale:
- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ e di impegnarmi a consegnarlo al medico competente aziendale.

### **MI IMPEGNO a**

- ✓ **ATTENDERE** il risultato del Test rapido e ritirare la specifica attestazione del risultato prima di abbandonare i locali;
- ✓ sono altresì consapevole che in caso di **RISULTATO POSITIVO**: IgM o IgG o IgM e IgG o se il Test è **DUBBIO**, dovrò essere immediatamente sottoposto a tampone oro-rinofaringeo presso il DEA dell'Ospedale Santa Maria Annunziata (FI) e che in attesa del relativo riscontro diagnostico

### **DEVO**

- ✓ Andare immediatamente in quarantena presso il mio domicilio/presso l'Albergo sanitario<sup>1</sup> sito in \_\_\_\_\_
- ✓ Avvisare l'ufficio del Medico Competente per aprire la certificazione INAIL;
- ✓ Tenermi in contatto per tutto il periodo della malattia da COVID19, qualora il tampone risultasse positivo, con il medico competente aziendale anche al fine di programmare i tamponi di avvenuta guarigione presso gli ambulatori COVID

Sottoscrivendo questo modulo acconsento al trattamento dei miei dati personali e al loro trasferimento al di fuori dell'Unione europea per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> N.B.: qualora si dovesse attivare un Albergo Sanitario inviare immediatamente una email ad [alberghi\\_sanitari@uslcentro.toscana.it](mailto:alberghi_sanitari@uslcentro.toscana.it) ed attendere la conferma della sistemazione alberghiera. Si ricorda che il soggiorno negli Alberghi Sanitari è **GRATUITO** per tutta la durata del periodo di quarantena.