

Allegato 2:

Modulo 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”

La invitiamo a leggere con attenzione la IO.DS.05, nella sua ultima revisione, consultabile anche all'interno dell'area riservata al link:

<https://areariservata.uslcentro.toscana.it/index.php/documenti-prova/area-sanitaria/direzione-sanitaria/documenti-generalidirezione-sanitaria>.

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

Referente dell'Attività:

Dott. **Alessandro MANI**

Direttore SOS Medicina Preventiva

Mail: alessandro.mani@uslcentro.toscana.it

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

Io sottoscritto/a (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 e che in attesa del relativo riscontro diagnostico

DEVO:

- ✓ Andare immediatamente in quarantena presso il mio domicilio/presso l'Albergo sanitario¹ 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

Qualora il risultato del tampone oro-rinofaringeo fosse **POSITIVO**

DICHIARO:

ai sensi della Circolare del Ministero della salute del 20 marzo 2020 – Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della Salute n. 0009480 del 19 marzo 2020 "COVID-19: rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria e aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio di casi di infezione da SARS-CoV-2, che nelle ultime 48 ore ho avuto contatti con:

COGNOME – NOME	TELEFONO

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 _____

¹ N.B.: qualora si dovesse attivare un Albergo Sanitario inviare immediatamente una email ad 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.

ESITO DEL TEST di SCREENING seriale n° _____

Test eseguito in data _____ **Ore** _____

Presso ambulatorio COVID _____

ESITO

- NEGATIVO
- IgG POSITIVO
- IgM POSITIVO
- IgG e IgM POSITIVO
- DUBBIO

eseguito TAMPONE ORO-RINOFARINGEO

- NO
- SI id tampone _____

FIRMA DELL'OPERATORE che esegue il test sierologico

FIRMA DELL'OPERATORE che esegue il tampone oro-rinofaringeo
