

## SCHEDA CONSENSO INFORMATO PER TEST RAPIDO PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DEL COVID-19 E ASSUNZIONE DI OBBLIGHI DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto.....  
residente.....  
codice fiscale.....  
medico di famiglia.....  
documento di identità n° del.....

### riceve le seguenti informazioni:

**I test rapidi per la ricerca dell'antigene del COVID-19, necessitano di ulteriori convalide per determinare l'accuratezza e l'affidabilità nei casi in cui il risultato sia positivo per la presenza dell'antigene.**

**In questi casi esiste un fondato sospetto di infezione COVID-19 e pertanto occorre adottare le misure di isolamento fiduciario e procedere alla ripetizione dell'analisi mediante test molecolare per la ricerca del RNA virale.**

Dichiaro di aver letto e compreso il significato del test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19.

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_

Firma del soggetto esecutore del test rapido o suo delegato.....

Firma del richiedente il test rapido.....

Si ricorda che un risultato positivo al test prevede i seguenti obblighi:

- di iniziare l'isolamento fiduciario presso il proprio domicilio o altro luogo indicato fino all'esito positivo del tampone molecolare, data dalla quale diventerà isolamento obbligatorio ai sensi della circolare ministeriale n° 0032850 del 12/10/2020 consapevole che: **l'esecutore della prestazione inserirà il risultato del test (sia positivo che negativo) sulla piattaforma COVID-19 la quale, in caso di positività, invierà un alert al MMG/PDLS.**
- **di sottoporsi al tampone per la ricerca dell'RNA virale**
- **di porre massima attenzione nell'adottare le misure** (mascherina, distanziamento sociale) nei confronti dei propri conviventi
- **di avvisare il medico competente dell'Azienda o dell'Ente presso il quale lavora** della misura di isolamento fiduciario applicata.

Dichiaro di aver letto e compreso gli obblighi derivanti in caso di positività al test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19 e di impegnarmi, in casi di positività al test, a rispettare gli obblighi sopra indicati, consapevole dei rischi di diffusione del COVID-19 ad altre persone.

Dichiaro inoltre di essere consapevole che le priorità nell'esecuzione dei tamponi necessari al servizio pubblico, a tutela della collettività, **possono comportare ritardi, anche importanti**, nella verifica virologica dell'eventuale tampone a cui sarò sottoposto.

**Data e luogo**.....

Firma del richiedente il test rapido .....