

# Centro Analisi srl

Via Porcella 174 - 09098 TERRALBA  
Tel.078383991 - E-Mail centroanalisi.terralba@gmail.com  
Cod.fisc. e Part.IVA 00629490954  
**Convenzionato ATS**

## **Consenso informato test antigenico COVID-19 (attività di screening della popolazione scolastica a cura del Comune di Terralba)**

### SCOPO DEL TEST

Il test contribuisce a scoprire se Lei ha avuto un'infezione causata dal virus SARS-CoV2, responsabile della malattia Covid-19; tale infezione può infatti presentarsi senza sintomi, con sintomi lievi o moderati.

NOTA BENE : Qualunque sia il risultato del test, sarà necessario proseguire nell'applicazione delle misure di prevenzione previste dalla legge

### CHE COSA NON INDICA IL TEST

Allo stato attuale l'unico test di conferma per la Covid-19 riconosciuto è il test molecolare, basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi naso-faringei, il cosiddetto TAMPONE MOLECOLARE, che viene eseguito attraverso la rete di laboratori identificata dal Ministero della Salute e secondo le indicazioni e prescrizioni delle autorità sanitarie.

Il tampone antigenico non può pertanto sostituire il tampone molecolare per effettuare la diagnosi di un'infezione causata dal virus SARS- CoV2.

### ACCESSO AL TEST

L'accesso al test è senza oneri a suo carico, nei giorni e con le modalità indicate nell'avviso pubblicato dal Comune di Terralba.

### CONSEGUENZE A TUTELA DELLA COLLETTIVITA'. IN CASO DI POSITIVITA'

Nel caso, a seguito del test venga riscontrata la Sua positività, al fine di tutelare la collettività, Lei dovrà sottoporsi alla misura di isolamento fiduciario ed all'esecuzione del tampone per la ricerca con metodo molecolare del virus SARS - CoV2, tale test verrà effettuato presso i laboratori pubblici individuati dalla regione Sardegna, con oneri a carico del SSR. Il laboratorio di analisi dovrà comunicare il caso sospetto di Covid 19 al Dipartimento di prevenzione della ASSL di Oristano per gli adempimenti di sanità pubblica conseguenti.

### ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO E DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

PAZIENTE \_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ - Cell. \_\_\_\_\_ - mail \_\_\_\_\_

GENITORE/ TUTORE (se minorenne) \_\_\_\_\_ Cod. Fisc \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ - mail \_\_\_\_\_

dopo avere letto la superiore informativa,  
da il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità.

### DICHIARO

di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'inizio della prestazione sanitaria richiesta.

Di aver letto attentamente quanto sopra esposto:

di aver ricevuto pertanto un'informazione comprensibile ed esauriente sulle finalità e le caratteristiche del test, sui limiti e sul significato dell'esame, sulla non utilità ai fini diagnostici, nonché delle conseguenze, a tutela della collettività in caso di positività.

[ X ] Presto il consenso [ ] Nego il consenso

### A SOTTOPORMI ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO COVID-19

### DICHIARO INOLTRE

di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del regolamento (UE) 2016/679 e D.lgs. 196/2003 e s.m.i. Ed informato dei diritti dell'interessato a norma dell'art. 7 regolamento (UE) 2016/679 e D.lgs. 196/2003 e s.m.i.

[ X ] Presto il consenso [ ] Nego il consenso

AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI da parte del Centro Analisi s.r.l. per le finalità su esposte.

firma \_\_\_\_\_