



## CONSENSO INFORMATO

### Test su tampone per la ricerca dell'RNA SARS-CoV-2

#### **Informativa test su tampone per la ricerca dell'RNA di SARS-CoV-2**

Il prelievo del tampone rino-faringeo è una procedura che consiste nel prelievo delle cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore e della rinofaringe, mediante un piccolo bastoncino di materiale sintetico in grado di trattenere molto materiale organico. Il prelievo viene eseguito in pochi secondi ed ha un'invasività minima, originando, al più, un impercettibile fastidio nel punto di contatto.

Il tampone è sottoposto alla procedura di estrazione dell'RNA virale che, successivamente, verrà rilevato mediante un metodo di amplificazione noto come "Real-Time RT-PCR".

Il test molecolare su tampone è un test squisitamente diagnostico per rilevare la presenza del virus in un preciso istante, utilissimo ad esempio per individuare un soggetto contagioso e sottoporlo immediatamente ad isolamento domiciliare per impedire la diffusione del virus (carotaggio di piccoli focolai).

La presenza del virus nelle mucose respiratorie è indice di attività replicativa, quindi l'individuo è altamente contagioso e dovrà essere sottoposto a quarantena domiciliare informando il proprio medico di medicina generale.

Un test sul tampone negativo del paziente alla data di esecuzione non significa che il paziente medesimo, soprattutto se particolarmente esposto al rischio d'infezione, non si possa infettare il giorno successivo.

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa,

### ACCONSENTO

all'esecuzione dell'analisi per la ricerca dell'RNA di SARS-Cov-2 e dichiaro di essere consapevole dei limiti diagnostici legati alla tecnica.

### DICHIARO

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali esposta in sala di attesa/accettazione e di essere consapevole che l'esito del tampone, così come il fatto che abbia eseguito un tampone e questo sia in fase di analisi, sarà comunicato alle Agenzie di Tutela della Salute che operano a livello regionale, così come richiesto dai protocolli sanitari e dalla normativa vigente.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del/la Paziente \_\_\_\_\_

*Se minorenne: nome e cognome del/i genitore/i o del tutore in stampatello e firma:*

\_\_\_\_\_

Firma di chi ha raccolto il consenso

\_\_\_\_\_