



Prometeo
FAMILY CARE

PROMETEO S.R.L.

VIA MAGGIOTTI, 14
28010 CAVAGLIETTO (NO)
TEL. +39 03221950636
P. IVA e COD: FISC. 02637630035
e-mail: info@prometeofamilycare.it
PEC: prometeo.clinic@pec.it
www.prometeofamilycare.it

CONSENSO INFORMATO TEST RAPIDO RICERCA DELL'ANTIGENE DEL COVID-19 E ASSUNZIONE DI OBBLIGHI IN CASO DI POSITIVITÀ DATI PAZIENTE

Il sottoscritto _____ Tel. _____

Residente in: _____ Via _____ n. _____

C.F. : _____ Doc. Identità n.: _____ del _____

Medico di famiglia: _____ Indirizzo mail: _____

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 RNA virale.

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

Cavaglietto, il: _____

PROMETEO SRL **PROMETEO SRL**
VIA MAGGIOTTI, 14
28010 CAVAGLIETTO(NO)
TEL. +39 03221950636
P. IVA e COD. FISC. 02637630035
NR. REA: NO-248404
e-mail: info@prometeofamilycare.it

**Firma del richiedente il test rapido
o di un genitore in caso di minori**

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

- **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/PDL.S.**
- **Sottoporsi al tampone per la ricerca dell'RNA virale.**
- **Porre la massima attenzione nell'adottare le misure (mascherina, distanziamento sociale) nei confronti dei propri conviventi**
- **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 COVID-19 e di **impegnarmi, in caso 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.

Cavaglietto, il _____

**Firma del richiedente il test rapido
o di un genitore in caso di minori**
