



## INFORMATIVA AL CONSENSO PER L'UTILIZZO/ESECUZIONE DEL TAMPONE PER IL TEST DIAGNOSTICO RAPIDO Ag-RDTs

L'utilizzo del test rapido per la ricerca dell'antigene SARS-CoV-2 su tampone nasale costituisce uno strumento di screening per il contenimento della diffusione del virus. Tale test garantisce tempi rapidi di risposta e facilità di gestione.

**In caso di esito negativo del test**, si precisa che non si può escludere completamente un'infezione da SARS CoV-2 e pertanto si raccomandano sempre comportamenti prudenziali.

**In caso di esito positivo del test**, dovrà seguire le indicazioni di seguito riportate:

- restare in isolamento presso il proprio domicilio, evitando i contatti con altre persone;
- informare tempestivamente il proprio MMG circa il risultato del test per gli ulteriori accertamenti (tampone molecolare) ed eventuali cure o altre indicazioni;

In caso di esito positivo del test potrà, inoltre, presentare il referto al drive-through presso il quale ha eseguito il test per effettuare il tampone molecolare di conferma.

La informiamo che il risultato del test sarà disponibile entro un'ora e può essere ritirato presso i totem self-service dell'ASST del Garda, sarà inoltre pubblicato sul Fascicolo Sanitario Elettronico e trasmesso ai Servizi Sanitari Pubblici competenti, nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

### CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ con codice  
fiscale (\*) \_\_\_\_\_ e reperibile al seguente recapito telefonico diretto (\*)  
\_\_\_\_\_

*(\*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test*

**Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, all'effettuazione del test antigenico (tampone nasale) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o negativo.**

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

### ATTESTAZIONE DELL'ESITO DEL TEST

**POSITIVO**

**NEGATIVO**

*Firma dell'operatore sanitario che ha eseguito il test*

\_\_\_\_\_