
INFORMATIVA TEST RAPIDO NASOFARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2

CHE COS'E' SARS-CoV2 E SINTOMATOLOGIA SARS-CoV2 è un virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus, responsabile, in talune circostanze, della Sindrome Acuta severa delle vie respiratorie (Sars). L'infezione da questo virus può comportare un'iniziale risposta immunitaria dell'ospite senza sviluppo di alcuna malattia (i soggetti risultano asintomatici, come accade nella grande maggioranza dei casi), oppure una reazione minima con sintomi quali pseudo raffreddore, mal di gola, perdita della capacità di percepire odori, o in taluni casi, con sintomi di interessamento del tratto intestinale (diarrea, nausea). In una piccola percentuale di casi (i dati epidemiologici sono ancora in aggiornamento), l'infezione evolve in malattia più importante delle vie respiratorie più basse con sintomatologia quale tosse secca, respiro corto, senso di debolezza, e sintomi pseudo influenzali come dolori muscolari, possibile espressione di una polmonite interstiziale. L'evoluzione della semplice infezione o della malattia (nelle sue diverse forme) dipende dalla dose infettante del virus e dalla "forza" del sistema immunitario dell'ospite (il soggetto infettato).

COME SI ESEGUE IL TEST E PRINCIPIO DI FUNZIONAMENTO Il test viene eseguito in pochi secondi, la procedura consiste nel prelievo di un campione di cellule superficiali della mucosa della rinofaringe, mediante un piccolo bastoncino in grado di trattenere il materiale organico. Il campione prelevato viene analizzato con la metodica Test diagnostico rapido *in vitro* per il rilevamento qualitativo dell'antigene SARS-CoV-2 (Ag)

LIMITI DEL TEST Ogni risultato generato dal test deve essere interpretato e contestualizzato con altre evidenze cliniche e di laboratorio. Un test negativo non esclude la possibilità di infezione, in quanto il risultato può essere condizionato dalla qualità del campione raccolto. 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.

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

- di sottoporsi immediatamente al Tampono Molecolare per la ricerca dell'RNA virale
- 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 Regionale la quale in caso di positività provvederà ad informare l'ASUGI di competenza
- di porre la 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

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DEL TEST RAPIDO

Io sottoscritto/a

nato/a a il

dichiaro di aver letto e compreso tutte le informazioni contenute nel documento **"INFORMATIVA TEST RAPIDO NASOFARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2"** e di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dall'operatore sanitario rispetto al test a cui sarò sottoposto.

Dichiaro, in particolare, che mi sono stati chiariti i vantaggi e i limiti che possono derivare dal test. Receptita l'informazione ricevuta

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione del test.

Dichiaro, inoltre, di assumere i seguenti farmaci:

Data: _____ Firma dell'Utente _____

DICHIARAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Io sottoscritto _____ confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

Data _____ L'OPERATORE SANITARIO _____

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/_____
REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data: _____ Firma dell'Utente _____

Firma dell'operatore sanitario _____