



Consenso informato tampone Test antigenico rapido Covid-19

USCA DS 42

Generalità del Soggetto sottoposto all'esame

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____
_____ il _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ telefono _____
C.F. _____ e-mail: _____

Generalità del Genitore

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Carta d'Identità Patente Passaporto Altro: _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____

Generalità del Genitore

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Carta d'Identità Patente Passaporto Altro: _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____

DICHIARA

di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame diagnostico richiesto. Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

Di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione dell'esame esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e:

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

all'esecuzione del tampone rinofaringeo e del test rapido sul campione ottenuto per la ricerca degli antigeni di SARS-CoV-2 (nuovo coronavirus) con kit "ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag", acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

Palermo, _____

FIRME DEI GENITORI

REFERTO
TEST ANTIGENICO RAPIDO ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag
(tampone rinofaringeo)

RAPID TEST Device Cod. 41FK10

Data _____ Ente _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Residente in via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

Tipo di ESITO	Risultato del Test (Segnare con croce in corrispondenza del risultato riscontrato)
POSITIVO**	
NEGATIVO	
INVALIDO**	

*** Nel caso di risultato positivo e/o invalido la struttura/ente dovrà eseguire il tampone rinofaringeo di conferma e dare immediata comunicazione al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Palermo per il tracciamento epidemiologico.*

Cognome e Nome di chi ha eseguito il test (a stampatello)

Struttura presso la quale è stato eseguito: _____

Data _____

Firma di chi ha eseguito il test _____