

## SARS COV-2 IgG TEST QUANTITATIVO

### INFORMATIVA SULL'ESECUZIONE DEL TEST

Questo test viene utilizzato per la valutazione dello stato immunitario degli individui attraverso la misurazione quantitativa degli anticorpi IgG diretti contro il dominio legante il recettore (receptor binding domain RBD) della proteina Spike del Sars Cov2.

Il test può essere utilizzato per evidenziare quantitativamente la presenza di anticorpi specifici, sia in individui che abbiano contratto la malattia, sia in individui immunizzati tramite vaccinazione specifica, per monitorare il tasso anticorpale nel tempo.

Gli anticorpi neutralizzanti sono in genere rilevabili da 7 a 15 gg. dopo il presunto contatto con il virus.

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Il: \_\_\_\_\_

Residenza a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Domicilio a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Documento d'identità: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

**\* da compilare in caso di paziente minore o soggetti sottoposti a tutela**

\* Dati identificativi di chi esercita patria potestà

lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome e nome).

Data di nascita ...../...../.....luogo \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, nonché del fatto che la potestà sul minorenne compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati),

(1) \* in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) \* in qualità di tutore del paziente.....

Valutate le informazioni ricevute, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato dichiaro:

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

l'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare la presenza di anticorpi anti COVID-19

#### LE INFORMAZIONI SOTTOSTANTI SONO FACOLTATIVE:

- Sviluppo malattia NO  SI  quando .....
- Vaccinazione anti COVID19 NO  SI  quando .....

Firma Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Genitore/Tutore (in caso di minore) \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_