

SARS COV-2 IgG IgM TEST QUALITATIVO

INFORMATIVA SULL'ESECUZIONE DEL TEST

Il test di screening che sta eseguendo rileva la presenza di anticorpi IgG - IgM anti COVID-19, malattia respiratoria acuta da virus SARS-CoV-2.

Questo test sierologico è un utile ausilio, in situazioni ben definite ed in stretta collaborazione con il medico curante, per avere conoscenza se si è venuti a contatto con il virus.

Si ricorda che, in caso di positività, ad uno o ad entrambi gli anticorpi o nei casi clinici sospetti, questo test **NON SOSTITUISCE** il test molecolare (il tampone) per il rilevamento del genoma virale, come previsto dalla Circolare Ministeriale del 09/03/2020, D.L. n.14 del 09/03/2020 e s.m.i.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/ Il/la sottoscritto/a.....

nato/a.....il.....

residenza e/o domicilio in..... Via

N° di cellulare.....

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

* Dati identificativi di chi esercita patria potestà

Io 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 minore 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

dichiaro inoltre:

- presenza di febbre nei giorni precedenti l'esame NO ☐ SI ☐
- presenza di altra sintomatologia NO ☐ SI ☐ quale.....

IN CASO DI POSITIVITÀ IL PAZIENTE DEVE AVVERTIRE IL PROPRIO MEDICO CURANTE .

Firma Paziente.....

Firma del Genitore/Tutore (in caso di minore).....

Luogo e Data.....