

Laboratorio _____

Ovvero MMG/PDLS _____

Ovvero Farmacia _____

Ovvero Medico responsabile del programma _____

Il sottoscritto _____ Residente a _____

Codice fiscale _____ Medico di famiglia _____

Documento di identità n. _____ del _____

Riceve le seguenti informazioni:

I test rapidi per la ricerca dell'antigene del COVID-19, necessitano di ulteriori convalide per determinarne l'accuratezza e l'affidabilità nei casi in cui il risultato sia positivo per la presenza dell'antigene.

In questi casi esiste un fondato sospetto di infezione COVID-19 e pertanto occorre adottare le misure di isolamento fiduciario e procedere alla ripetizione dell'analisi mediante test molecolare per la ricerca di RNA virale.

Dichiaro di aver letto e compreso il significato del test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19

Luogo e data: _____

Firma della struttura o esecutore del test rapido o suo delegato _____

Firma del richiedente il test rapido _____

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

- 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 COVID-19 la quale, in caso di positività, invierò un alert al MMG/PDLS.
- Di sottoporsi al tampone per la ricerca dell'RNA virale
- 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

Dichiaro di aver letto e compreso gli obblighi derivanti in caso di positività al test rapido per la ricerca dell'antigene del COVID-19 e di impegnarmi, in caso di positività al test, a rispettare gli obblighi sopra indicato, consapevole dei rischi di diffusione del COVID-19 ad altre persone.

Dichiaro inoltre di essere consapevole che le priorità nell'esecuzione dei tamponi necessari al servizio pubblico, a tutela della collettività, possono provocare ritardi anche importanti, nella verifica virologica dell'eventuale tampone a cui sarò sottoposto.

Luogo e data _____

Firma del richiedente il test rapido _____

