



COMUNE DI CASALVECCHIO DI PUGLIA

(Provincia di Foggia)

Via Fabio Filzi, 66 - Tel. 0881/553018 - fax 0881/553571 – C.F. 80002620716 – P.IVA 01301430714
protocollo@pec.comune.casalvecchiodipuglia.fg.it



ALLEGATO 1

TEST RAPIDO SARS-CoV-2 Antigen Detection Kit :

Dati del soggetto sottoposto al test

NOME COGNOME

RESIDENTE A IN VIA

RECAPITO TELEFONICO COD. FISCALE

MEDICO CURANTE/ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Dati del genitore, tutore, affidatario (da compilarsi in caso di minore)

NOME COGNOME

RESIDENTE A IN VIA

Per garantire la sua sicurezza e per organizzare al meglio il suo accesso alla nostra struttura. Le verranno fatte, dopo il suo consenso, alcune domande per verificare alcuni dati secondo le indicazioni del Ministero della Salute (<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/homeNuovoCoronavirus.html>)

Nell'ultimo mese ha presentato uno dei seguenti sintomi?

- FEBBRE > 37,5° SI NO
- CONGIUNTIVITE SI NO
- RAFFREDDORE SI NO
- MAL DI GOLA SI NO
- TOSSE SI NO
- DIFFICOLTA' RESPIRATORIE SI NO
- MALESSERE GENERALE SI NO

- SE SI, DA QUANTO TEMPO?

- HA AVVISATO IL MEDICO CURANTE? SI NO
- È STATO A STRETTO CONTATTO CON CASI ACCERTATI? SI NO
- È STATO A CONTATTO CON CASI DICHIARATI SOSPETTI? SI NO
- HA LAVORATO O FREQUENTATO UNA STRUTTURA SANITARIA DOVE SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI AFFETTI DA SARS-COV-2? SI NO

- ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO
AD ELEMENTI CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19?

Consapevole che le dichiarazioni false comporteranno l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nel seguente questionario corrispondono a verità

Dichiara altresì di essere consapevole che il Test rapido AG ed i suoi risultati non hanno valore probante e non sostituiscono né modificano in nessun caso la diagnosi del medico; e che i risultati positivi al test devono essere confermati con il test molecolare e che sussiste comunque il rischio di esiti falso-negativi.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 679/2016, esclusivamente per le finalità della presente iniziativa, autorizza il trattamento dei dati personali relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo oltre al risultato di questo test ed alla sua conservazione ai sensi della normativa vigente.

Letto, sottoscritto e confermato

FIRMA

(genitore, tutore, affidatario, in caso di minore)



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE RAPIDO SARS - COV - 19

Gentile Signora/Signore,

per fronteggiare l'emergenza sanitaria da COVID-19 il Comune di Casalvecchio di Puglia, in collaborazione con i Volontari del Comitato Locale della Croce Rossa di San Severo e Torremaggiore, ha inteso effettuare uno screening della popolazione residente, favorendo l'esecuzione di test antigenici rapidi al fine di tutelare la salute dell'intera comunità locale e di individuare i soggetti contagiati da COVID-19.

Deve sapere che:

- il test rapido (tampone) ha l'obiettivo di rilevare il livello di antigeni del Coronavirus SARS-CoV2, il virus responsabile della malattia COVID-19. Il risultato suggerisce che l'organismo potrebbe non essere stato esposto al virus fino ad oggi, ma rimane suscettibile di infezioni future se lei dovesse entrare in contatto col virus. Non è possibile, inoltre, escludere una bassa carica virale, a causa della quale il metodo utilizzato dal tampone antigenico potrebbe non riuscire ad identificare la presenza del virus. Pertanto, un risultato negativo non esclude l'infezione da SARS-CoV-19. Quindi, considerati i limiti della metodica, **il tampone rapido non può intendersi sostitutivo del test molecolare** basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei, che, per il momento, resta l'unico definitivamente diagnostico, come da circolare ministeriale 09/03/2020 e successive modifiche.
- Il tampone è indolore anche se in alcuni soggetti può risultare fastidioso.
- Il tampone viene effettuato utilizzando un bastoncino con la punta cotonata e strofinato leggermente sulla mucosa del naso, inserendo il tampone nella narice e procedendo fino a raggiungere la parete posteriore del rinofaringe (parte superiore della faringe). Il risultato del tampone rapido sarà comunicato telefonicamente (sms) o tramite mail ai recapiti indicati.

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente in _____ alla Via _____ telefono _____
per proprio conto o in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di (*in caso di minore*)
_____ nato/a a _____ il _____

accosento alla sua partecipazione all'esecuzione del test antigenico rapido nasale rivolto alla ricerca dell'antigene del coronavirus,

DICHIARO

- a) di aver letto e compreso che il tampone rapido ha l'obiettivo di rilevare la presenza di antigeni Coronavirus SARS-CoV2, e di essere cosciente del protocollo a cui dovrò sottopormi in caso di risultato positivo;
- b) di aver letto e compreso il foglio informativo e il presente modulo di Consenso Informato;
- c) di aver letto e compreso che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, il trattamento dei dati forniti sarà effettuato con modalità e procedure finalizzate a garantire che il trattamento dei dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza e sicurezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali;
- d) che l'esecuzione del test rapido è su base **volontaria**;
- e) di assumermi l'obbligo (per me o per il minore di cui ho la potestà) di restare in **isolamento domiciliare fiduciario** (adottando tutte le misure di distanziamento e protezione nei confronti dei miei conviventi) in caso di esito dubbio o positivo fino all'esecuzione **obbligatoria** da parte delle strutture sanitarie pubbliche del tampone molecolare e al suo esito, data dalla quale, qualora fosse confermata la positività, diventerà isolamento obbligatorio ai sensi della Circolare Ministeriale n. 0032850 del 12.10.2020;
- f) di autorizzare il Comune di Casalvecchio di Puglia a comunicare al mio medico curante o pediatra di libera scelta (per il minore), responsabili per gli aspetti sanitari del percorso, e/o all'ASL competente territorialmente, l'esito del test rapido, qualora risultasse positivo, compresi tutti i dati anagrafici, il codice fiscale e il numero di telefono;
- g) di non ritenere per nessuna ragione il Comune di Casalvecchio di Puglia, la Croce Rossa ed il personale operante, in conseguenza dell'esecuzione della presente indagine, in particolare per eventuali errori sul risultato del test rapido, in quanto il tampone antigenico potrebbe non riuscire ad identificare la presenza del virus.

Casalvecchio di Puglia, _____

FIRMA _____

N.B. Allega copia del documento d'identità e del codice fiscale (anche del genitore, tutore o affidatario, in caso di minore).

ESITO

Si certifica che il/la sig./sig.ra _____ si è sottoposto al Test Rapido -Tampone Nasofaringeo per la ricerca del mediante antigeni virali specifici.

RISULTATO DEL TEST _____ al virus SARS – CoV-2

Per ricevuta

Il medico responsabile