



Mia Medica Studio Medico Polispécialistico.
Via A. De Gasperi 39. Domegliara Verona.
Tel 0457755017 e mail: info@miamedica.it
Direttore Sanitario: Dott. Andrea Ziviani

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME FAST TEST SARS-CoV-2(Covid-19) IgM/IgG

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 rapido 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. Grazie all'alta specificità degli anticorpi rilevati (IgM e IgG), questo esame offre massima precisione, alta sensibilità e stabilità nel rilevare la SARS-CoV-2, meglio conosciuta come CORONAVIRUS, ed è in grado di scoprire un'infezione virale già nella prima settimana di contagio. 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.

In caso di positività è necessario avvisare il medico curante

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/ Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____

Via _____

Recapito telefonico _____

*** 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 _____

DICHIARO

che, ai fini dell'applicazione dell'Art.317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per :

lontananza impedimento altro

Assumendomi la responsabilità delle decisioni in merito al percorso di cura di mio figlio/a minore

DICHIARO/IAMO

Inoltre, che l'eventuale opinione del minore assistito è stata presa in considerazione.

Si allega copia del/i documento/i di identità in corso di validità.

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

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

l'effettuazione DELL'ESAME FAST TEST SARS-CoV-2(Covid-19) IgM/ IgG tendente ad accertare la presenza di anticorpi anti COVID-19

Firma Paziente _____

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

Luogo e Data _____