

| | | |
|---|---|-------------------------|
|  Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo | CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO | M-DS-06 |
| | INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO | |
| | TEST MOLECOLARE PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 | |
| | | Rev. n. 1 |
| | | Ultima Rev.: 11/01/2021 |

Gentile Signora/ Signore,
 il test molecolare cui ha scelto di sottoporsi ha l'obiettivo di individuare con tecnica molecolare (da tampone naso/oro -faringeo) la presenza di RNA del virus SARS-CoV-2, il virus responsabile della malattia COVID-19.

COS'E' IL TAMPONE NASO/ORO-FARINGEO

Il tampone naso/oro-faringeo è un esame diagnostico finalizzato a individuare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato dalla mucosa del rinofaringe (la parte superiore del canale della faringe) e dell'orofaringe (la parte della faringe posta dietro al cavo orale).

Il prelievo viene effettuato con un bastoncino cotonato in pochi secondi ed ha un'invasività minima, originando al più un impercettibile fastidio nel punto di contatto.

Il campione prelevato viene esaminato in laboratori convenzionati con la Casa di Cura, dove si procede alla ricerca dell'RNA virale (il genoma del virus SARS-CoV-2) per confermare o escludere una diagnosi di infezione.

La positività indica che si è in fase di infezione attiva e che si è in grado di trasmettere l'infezione.

In caso di positività dovrà:

- contattare immediatamente il Suo medico di famiglia;
- iniziare l'isolamento fiduciario presso il Suo domicilio o altro luogo indicato;
- porre la massima attenzione nell'adottare le misure (mascherina, distanziamento sociale) nei confronti dei Suoi conviventi.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le informazioni acquisite completando il modulo di Consenso Informato in calce, nonché derivanti dall'esecuzione del test, costituiscono dati personali ai sensi del Regolamento (UE) generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 ("GDPR") del D. Lgs. 196/2003 ("Codice Privacy"). Il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali ed è improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e protezione dei dati. Sono inoltre esclusi qualsiasi diffusione dei Suoi dati, e qualsiasi trasferimento all'estero. Per avere ulteriori informazioni in ordine ai suoi diritti ed alla disciplina sulla protezione dei dati in generale, può visitare il sito web dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, all'indirizzo <http://www.garanteprivacy.it/>.

Con riferimento ai dati personali derivanti dall'esecuzione del test, si segnala che gli stessi appartengono alle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9 del GDPR, e, nello specifico, costituiscono dati di natura biometrica e genetica in grado di fornire indicazioni sullo stato di salute della persona fisica che si sottopone al test. Il conferimento dei dati personali è necessario per l'esecuzione del test. Pertanto, qualora gli stessi non siano rilasciati, non sarà possibile procedere con la prestazione richiesta.

In ottemperanza alle disposizioni adottate tramite **l'OPGR N. 104 del 25/11/2020** della Regione **Abruzzo**, il Laboratorio che esaminerà il campione prelevato è obbligato a comunicarne l'esito **agli Organi Competenti**.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER TEST MOLECOLARE PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

Io sottoscritto _____ nato il _____ a _____ C.F. _____

Rappresentante legale di _____ nato il _____ a _____ N. Documento identificativo _____

Dichiaro di:

- Aver letto e compreso la presente informativa ed il significato del test;
- Aver ricevuto le informazioni ed i chiarimenti richiesti;
- Impegnarmi a rispettare le misure previste in caso di positività, consapevole dei rischi di diffusione del COVID-19 ad altre persone e delle possibili sanzioni in cui potrebbe incorrere.

E pertanto **acconsento** ad essere sottoposto/a al test molecolare con tampone naso/oro-faringeo per ricerca SARS-Covid-2

Inoltre, chiedo, sotto la mia diretta responsabilità, la trasmissione del referto proprio o della persona rappresentata all'indirizzo e-mail _____, dichiarando che tale trasmissione non comporta il rischio di conoscibilità di quanto trasmesso da parte di soggetti non autorizzati ed esonerando la Casa di Cura villa Pini d'Abruzzo in caso di smarrimento, mancata e/o errata ricezione o diffusione impropria dello stesso.

Il referto verrà inviato in modalità protetta e per la sua consultazione sarà necessaria una password comunicata telefonicamente contattando il numero 0871/343550.

Data _____ Firma _____

| | |
|--|----------------|
| Nome e Cognome del sanitario che ha fornito le spiegazioni e registrato il consenso _____ | Firma _____ |
| Nome e Cognome del sanitario che ha eventualmente assistito alla spiegazione _____ | Firma _____ |