

Consenso informato all'esecuzione dei test rapido Covid-19

Nell'ambito della gestione dell'emergenza nazionale COVID 19 la Regione Campania si è prefissata i seguenti obiettivi:

- identificazione precoce dell'infezione da COVID 19 nell'ambito del personale sanitario del SSR esposto al virus;
- identificazione ed instradamento precoce, in percorsi dedicati, dei soggetti sospetti di infezione da Covid 19 che, in ambiente ospedaliero e/o territoriale, possano necessitare di isolamento e cure urgenti.

Per il raggiungimento di tali obiettivi si è dotata di sistemi di rilevazione rapidi che consentono l'individuazione degli anticorpi IgM e IgG anti coronavirus.

Pertanto:

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____ dipendente dell' I.C. "Cozzolino-D'Avino"

Struttura di Appartenenza _____ Percorso COVID 19

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza **ACCONSENTO** a essere sottoposto/a ad accertamenti ematici per l'esecuzione del test rapido di screening qualitativo per la ricerca di anticorpi contro il virus SARS-CoV-2.

Si precisa inoltre ai fini della diagnosi di infezione da COVID 19, o della sua esclusione, è necessaria la conferma mediante tampone.

Autorizzo il percorso di identificazione positivo e/o negativo da COVID 19, attraverso l'utilizzo per la piattaforma informatica Regionale.

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile e particolareggiata sull'analisi diagnostica propostami dall'operatore sanitario

Dichiaro, inoltre, che mi è stata fornita la garanzia che l'esito dell'esame mi sarà direttamente comunicato, che sarà mantenuta la massima privacy secondo la normativa vigente in materia.

FIRMATO