

**CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER
LA RICERCA DI SARS-COV-2 - SORVEGLIANZA COVID-19**

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente in _____
via _____
Codice Fiscale*: _____ e reperibile al
seguente recapito telefonico diretto* _____
Ultime 8 cifre della Tessera sanitaria* _____
scadenza Tessera sanitaria* _____

Dichiaro

di aver preso visione dell'Informativa disponibile presso la farmacia dott.ssa Lucia Monaco, via
Giavenale di Sopra n. 79 – Schio (VI) e di non incorrere in una delle cause di esclusione
dall'effettuazione del test antigenico rapido, ivi previste.

***campo obbligatorio**

Data _____ Firma leggibile _____

ed esprimo il mio consenso informato, alla luce di quanto esposto nell'informativa,
all'effettuazione del test antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 nell'ambito della
sorveglianza COVID-19 e alle conseguenti procedure di comunicazione dell'esito all'Autorità
sanitaria competente.

Data _____ Firma leggibile _____

Può effettuare il test antigenico rapido il cittadino che non è a conoscenza di essere stato
esposto a soggetti risultati positivi a SARS-CoV-2 ma intende ugualmente sottoporsi al test
antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2.

**E' necessario indossare la mascherina chirurgica correttamente ed igienizzare le
mani, esibire il codice fiscale e un documento di identità in corso di validità per le
successive registrazioni nella piattaforma informatizzata dedicata;**

NON può eseguire il test antigenico rapido in farmacia l'utente:

- con temperatura corporea maggiore di 37,5°C e/o sintomi potenzialmente riconducibili a COVID-19 (es: tosse, perdita dell'olfatto e/o del gusto, mal di gola, diarrea, dolori osteo-articolari di recente insorgenza, ecc.);
- l'utente che sia entrato in contatto stretto (es: convivente, collega che condivide lo stesso ufficio, altro) con soggetto risultato positivo a SARS-CoV-2 dalle 48h precedenti all'esecuzione del test;
- l'utente convivente di soggetto sottoposto a provvedimento di isolamento o quarantena;
- il soggetto sottoposto a provvedimento di isolamento o quarantena.

In caso di esito positivo:

- a) tornare immediatamente al proprio domicilio e rimanervi isolandosi dai propri conviventi;*
- b) contattare telefonicamente il medico curante per le indispensabili indicazioni e misure da porre in atto, senza accedere direttamente all'ambulatorio;*
- c) rivolgersi al 118 e/o recarsi al Pronto Soccorso solo in caso di insorgenza di sintomatologia grave (es. difficoltà respiratoria, mancanza di respiro).*

Per presa visione, data _____ Firma leggibile _____