REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 3
MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO AL TEST ANTIGENICO

Nell'ambito delle attività di controllo dell'epidemia Covid-19, la Regione Abruzzo ha avviato un programma per l'esecuzione di test e per disciplinare il percorso di esecuzione e registrazione attraverso il ricorso al Test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS CoV-2 e ne ha approvato la procedura, a partire da campioni di secrezioni respiratorie ottenuti mediante tampone naso faringeo.

NOTE INFORMATIVE sul TEST

1) Questo test è indicato per la rilevazione dell'antigene da SARS-CoV-2 in campioni di tampone nasale. Ha lo scopo di aiutare nella diagnosi rapida delle infezioni da SARS-CoV-2;

2) Questo test fornisce valutazioni di tipo qualitativo;

3) La etiologia della infezione respiratoria causata da microorganismi diversi da SARS-CoV-2 non viene rilevata da questo test. Il Test Rapido per Antigene Coronavirus è in grado di rilevare SARS-CoV-2 sia vitale che non vitale. Le prestazioni del test dipendono dalla carica di antigene e potrebbero non essere correlate ai risultati della coltura virale eseguiti sullo stesso campione;

4) Se il risultato del test è negativo ma i sintomi clinici persistono, si consiglia di ripetere il test e di utilizzare altri metodi diagnostici. Un risultato negativo non esclude mai la presenza di antigeni SARS-CoV-2 nel campione, poiché potrebbero essere presenti al di sotto del Limite di Rilevabilità del test e se il campione è stato raccolto impropriamente;

5) In caso di esito positivo dell'esame, l'utente ha l'obbligo di contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e di rispettare, da subito, le norme legate al distanziamento sociale, ponendosi in isolamento (nel suo domicilio o in altra struttura) allo scopo di sottoporsi, entro le 48 ore dalla prescrizione medica al test molecolare presso una delle sedi dedicate presenti sul territorio della propria ASL di residenza, munito del referto di positività del test antigenico, del documento di identità, della tessera sanitaria, della ricetta dematerializzata. Da subito dovrà comunque rispettare le norme di distanziamento sociale, anche all'interno della sua abitazione, ove dovrà rimanere fino alla comunicazione del referto del test molecolare di conferma;

La struttura sanitaria che svolge l'esecuzione del test molecolare e la Regione raccoglieranno e registreranno i suoi campioni in questa indagine insieme ai suoi principali dati identificativi (data di nascita, residenza, eventuale amministrazione di appartenenza) ed eventuali sintomi riferibili a COVID-19: tutto ciò verrà utilizzato e trattato esclusivamente per il periodo di tempo necessario alla gestione delle azioni utili a contrastare l'emergenza COVID-19. I campioni ed i suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture deputate e non ceduti in nessun modo a terzi, in linea con il GDPR 2016/679, con il D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs 101/2018 e secondo le disposizioni specifiche in materia emergenziale (es. art. 14 del DL n.14 9/03/2020 e 17 bis del DL 18/2020 come introdotto dalla L. 27/2020 s.m.i.).

La sua partecipazione a questa indagine è volontaria

Adesione e Consenso al test antigienico e al conseguente test molecolare

Il/La sottoscritto/a_____C.F._____,
nato/a _____in data _____,
residente in _____
via _____ , tel._____
mail_____, ASL _____

Nel caso in cui l'interessato sia un soggetto minore d'età o incapace d'intendere e/o volere:
Il/La sottoscritto/a _____, C.F. _____, in qualità di:
□ Genitore; □ Genitore affidatario; □ Tutore; □ Curatore; □ Amministratore di sostegno del soggetto interessato,
alla luce di quanto sopra esposto, e, alla luce di quanto sopra esposto, e

consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria

REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

- manifesto la volontà di sottopormi all'esecuzione del test antigenico e di aderire al percorso definito in caso di positività

Firma _____

- esprimo il mio consenso al ritiro dei referti on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato con conseguente esecuzione del test molecolare, in caso di positività

Firma _____

- esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali: i dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica".

Il titolare del trattamento è la Regione Abruzzo – Dipartimento Sanità in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento del test antigienico e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Abruzzo, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test antigienico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016.

Firma _____