

CONSENSO INFORMATO: TAMPONE RINO-FARINGEO RAPIDO/MOLECOLARE per Covid-19

Che cos'è e come si esegue

RAPIDO: Si tratta di un tampone (eseguito in pochi secondi) che permette di rilevare la presenza o meno di una proteina (ANTIGENE) prodotta dal virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019). Il tampone è indolore, anche se in alcuni soggetti può risultare fastidioso; viene effettuato inserendo un bastoncino con una sorta di cotton fioc posizionato all'estremità. Il tampone viene strofinato leggermente sulla mucosa del naso, inserendo il tampone nelle due narici e procedendo fino a raggiungere la parete posteriore del rinofaringe (parte superiore della faringe). Il tampone rapido è un utile ausilio in stretta collaborazione con i clinici per il percorso diagnostico, ma non sostituisce il test di riferimento che è quello molecolare **Limiti del test:** Sensibilità 90.4 %, Specificità 99.5%

L'antigene è presente dopo 6-8 giorni dal contagio e dopo 1-2 giorni dall'inizio dei sintomi.

MOLECOLARE: Si tratta di un tampone (eseguito in pochi secondi) che permette di rilevare la presenza o meno dell'RNA del virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019). Il tampone è indolore e viene eseguito nel faringe e nel naso-faringe. Il tampone molecolare è il test di riferimento per la diagnosi di infezione da COVID-19. La lavorazione prevede un processo di amplificazione dell'eventuale RNA virale e successivamente la rilevazione dell'RNA con delle sonde complementari: R-PCR **La presenza dell'RNA è rilevabile dopo 5-6 giorni dal contagio .**

Chi lo esegue

Il tampone viene effettuato dal Personale Sanitario.

RAPIDO: Il campione prelevato verrà analizzato dal Laboratorio Analisi del Centro Raphael

MOLECOLARE: Il campione prelevato verrà analizzato **in service** presso un Laboratorio della rete CORONET validato dallo Spallanzani.

Tempi di refertazione

I risultati del tampone **RAPIDO** saranno comunicati online dal Laboratorio Analisi Cliniche nell'arco di 2 ore lavorative dall'esecuzione del tampone.

I risultati saranno inseriti all'interno della Piattaforma RECUP e sorveglianza regionale COVID-19 Regione Lazio RM2.

Possibili risultati del test RAPIDO:

Risultato **NEGATIVO:** non risultano infezioni in corso da virus SARS Cov-2 – **a discrezione del medico curante ripetere dopo 3-5 giorni**

Risultato **POSITIVO:** risulta in corso un'infezione da virus SARS Cov-2 - **a discrezione del medico curante eseguire Tampone Molecolare o MUNITI di RICETTA MEDICA prenotando gratuitamente presso le postazioni DRIVE-IN o SENZA RICETTA MEDICA (necessaria solo per i minori di 14 anni) prenotando presso questo centro**

Risultato **INDETERMINATO:** la carica virale è bassa - **a discrezione del medico curante eseguire Tampone Molecolare**

Risultato **NON IDONEO:** il materiale raccolto è di scarsa qualità e non sufficiente per l'esame – **ripetere il tampone rapido**

In caso di esito positivo CONTATTARE IMMEDIATAMENTE IL MEDICO CURANTE

**CONSENSO INFORMATO:
TAMPONE ANTIGENICO COVID-19**

DATI DI CHI ESEGUE IL TAMPONE, ANCHE SE MINORE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
nazionalità _____

Documento di Riconoscimento:

- CI - Carta di Identità:** n. _____
 PG - Patente di Guida: n. _____
 PS - Passaporto: n. _____
 AD - Altro Documento: n. _____

residente a _____
in via/piazza/viale _____ n. civ. _____ CAP _____
cellulare _____ e-mail _____

Medico Curante _____ **ASL di competenza** _____

Perché faccio il tampone _____

Nel caso di minori o soggetti a tutela inserire i dati del genitore/tutore:

Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità:

- di avere letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi. Dichiaro inoltre di essere stato informato che **i dati e i risultati saranno utilizzati ai fini di Servizi Sanitari Pubblici competenti per l'adozione delle misure necessarie previste dalla normativa vigente;**

- di aver letto attentamente quanto sopra esposto riguardo gli obiettivi specifici, i benefici e gli eventuali rischi e conseguenze. Avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come sopra riportati, inerenti al TAMPONE rino-faringeo, in particolare modo riguardo l'affidabilità del test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato ai Servizi Sanitari Pubblici competenti.

presto il consenso all'esecuzione del TAMPONE RINO-FARINGEO (barrare la casella)	SI	NO
---	-----------	-----------

(N. B. IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI)

Data ___/___/_____

Firma del Paziente

Firma del Medico che ha acquisito il consenso
