



**CONSENSO INFORMATO AL TAMPONE RAPIDO NASO - FARINGEO PER
LA RICERCA ANTIGENI VIRALI igG IgM PER COVID-19**

Il sottoscritto.....
Nato a, il,
Residente a, in Via /Piazza,
.....

Dichiara di aver compreso completamente e di essere consapevole della finalità del tampone rapido naso-faringeo per la ricerca diretta degli antigeni virali e della necessità, in caso di positività, di rivolgersi al proprio medico di famiglia (Medico di Medicina generale) che prescriverà Tampone naso-faringeo per la ricerca dell'RNA virale in biologia molecolare (PCR) di conferma. Dichiara inoltre di essere stato informato che in caso di positività la stessa sarà comunicata ai Servizi Sanitari Pubblici competenti da parte della Struttura per l'adozione delle misure necessarie previste dalla normativa vigente. Un tampone rapido con esito negativo, invece, indica con elevato livello di probabilità che l'organismo non è venuto a contatto con il virus SARS-CoV-2, ma non è garanzia assoluta dell'assenza di infezione da SARS-CoV-2 in quanto il campione raccolto può contenere titoli di antigene al di sotto della soglia di sensibilità.

Firma del dichiarante

.....