

CONSENSO INFORMATO

Test rapido tramite tampone naso-faringeo per la ricerca dell'antigene proteico del capsido virale SARS-COV.

Informazione per il paziente.

Trattasi di test qualitativo in immunocromatografia che utilizza anticorpi monoclonali ad alta sensibilita' diretti contro l'antigene proteico capsido virale SARS-COV.

Limiti test:

La positività del test non esclude una coinfezione con altri agenti patogeni.
Il test non è in grado di distinguere i virus SARS-COV dal SARS-COV2.
In caso di positività è necessaria la conferma attraverso l'utilizzo del test molecolare.

In caso di risultato POSITIVO il laboratorio ha l'obbligo di comunicare l'esito e i relativi dati anagrafici del Paziente alle autorità competenti.

Dichiaro di aver letto e firmato il foglio "informazione per l'utente" prima di aver eseguito il prelievo.

Data

Firma leggibile

COGNOME E NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

Salus Mangialavori S.r.l

Via Don Bosco Vibo Valentia tel 0963 45360 – fax 0963 540472 - P.I. 02010240790

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLA QUALITA' DI
GENITORE - ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
(ART. 46 - D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ residente a _____ Prov _____
Via _____ n° _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) ed informato/a ai sensi del D.Lgs. N° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, sotto la propria responsabilità

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore titolare/esercente la potestà genitoriale
- Persona esercente la potestà genitoriale
- Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata
- Tutore/Curatore di minore
- Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

di _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ Prov _____

Via _____ n° _____

Luogo e Data _____ *Firma del dichiarante* _____