

CONSENSO INFORMATO
ESECUZIONE DI TEST DIAGNOSTICI PER SARS-CoV-2

Il sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____,
residente a _____ in via _____
in qualità di genitore/tutore del minore _____ nato a _____ il _____
_____, residente a _____ in Via _____
Telefono _____ E-mail _____

DICHIARO

A) TAMPONE ORO-RINO-FARINGEO

- di essere stato informato delle modalità con cui sarà eseguito il tampone oro-rino-faringeo e dei rischi connessi. In particolare che, in presenza di patologie locali (es. polipi e/o varici, epistassi frequenti e recidivanti) e/o patologie generali (es. emo-coagulopatie), alterazioni della normale conformazione anatomica (es. stenosi nasale, deviazione del setto nasale), la procedura può risultare più difficoltosa fino a risultare controindicata;

- che l'esame può essere complicato da sanguinamento anteriore (epistassi) o posteriore, generalmente a risoluzione spontanea, ma che raramente necessitante di terapie specialistiche;

- di essere stato informato che il risultato positivo del tampone indica una fase di infezione attiva in cui si è in grado di trasmettere l'infezione e che, pertanto, **in caso di esito positivo del tampone, mio/a figlio/a dovrà sottoporsi ad isolamento domiciliare obbligatorio, assieme alle persone conviventi. Le misure di isolamento potranno essere sospese esclusivamente in presenza di un esito negativo del tampone;**

- di essere stato informato che, in caso di esito positivo del tampone, i dati anagrafici di mio/a figlio/a, il mio numero di telefono, il risultato del tampone, la data di avvio dell'isolamento fiduciario saranno comunicati al Pediatra di Libera Scelta e al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL di Pescara.

- di **AUTORIZZARE** **NON AUTORIZZARE** l'esecuzione del tampone oro-rino-faringeo.

B) TEST SIEROLOGICO

- di essere stato informato delle modalità con cui sarà eseguito il test sierologico e dei rischi connessi. In particolare che, in presenza di alcune patologie sistemiche o terapie che alterano la normale coagulazione, l'esame può essere complicato dalla comparsa di piccoli ematomi nella sede del prelievo, nella maggior parte dei casi, a risoluzione spontanea;

- l'esito "negativo" del test indica l'assenza o un livello basso di anticorpi diretti contro il virus, che può riscontrarsi in assenza di contagio oppure nel periodo "finestra", cioè durante il periodo di incubazione e negli stadi precoci della malattia;

- l'esito "dubbio" indica una possibile interferenza o una ridotta produzione di anticorpi, compatibile con una pregressa esposizione, l'inizio e/o la fine del contagio;

- l'esito "positivo" indica che vi è stata esposizione al virus SARS-CoV-2 in un periodo antecedente il prelievo, non potendosi escludere di essere contagioso al momento del prelievo.

- di **AUTORIZZARE** **NON AUTORIZZARE** l'esecuzione del test sierologico.

C) RICERCA RNA VIRALE NELLE FECI

- di essere stato informato delle modalità con cui dovrà essere raccolto il campione delle feci;

- di essere stato informato che le feci possono costituire una potenziale via di trasmissione di infezione/i e che il risultato positivo della ricerca di RNA virale potrebbe indicare una fase di infezione attiva in cui si è in grado di trasmettere l'infezione, ma anche la fine del contagio;

- di essere stato informato che **in caso di risultato positivo mio/a figlio/a dovrà sottoporsi ad isolamento domiciliare obbligatorio e all'esecuzione del tampone oro-rino-faringeo.**

- di **AUTORIZZARE** **NON AUTORIZZARE** l'esecuzione della ricerca di RNA virale

**INOLTRE DICHIARO DI ESSERE STATO INFORMATO CHE I SUDETTI TRE ESAMI SONO COMPLEMENTARI
TRA LORO ED INDISPENSABILI AI FINI DEL CORRETTO INQUADRAMENTO CLINICO DEL MINORE.**

Data _____

Firma del genitore/tutore
