

CONSENSO INFORMATO
TEST RAPIDO SU CAMPIONI NASALI per Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)
PAZIENTE MINORENNE (> 3 anni)

il sottoscritto (padre) _____
nata a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____
Documento di identità n° _____

e la sottoscritta (madre) _____
nata a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____
Documento di identità n° _____

Nella qualità genitore/ esercente la patria potestà del minore

ANAGRAFICA DEL MINORE

Nome e Cognome _____
nato/a a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____
Documento di identità n° _____
nome pediatra _____ città _____

DICHIARA

- a) di aver letto e compreso il significato del test rapido su campione nasale per Covid 2019
- b) di aver letto e compreso il foglio informativo e il presente modulo di consenso Informato, nonché dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali
- c) di voler sottoporre il figlio/tutorato legale all'esecuzione del test rapido su campione nasale per Covid 2019
- d) di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale di restare in isolamento domiciliare fiduciario in caso di esito dubbio o positivo fino all'esecuzione obbligatoria del tampone nasofaringeo e al suo esito
- e) di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale di restare in isolamento domiciliare obbligatorio in caso di esito positivo del tampone
- f) di comunicare al pediatra di libera scelta del proprio figlio/tutorato legale, responsabile per gli aspetti sanitari del percorso, l'esito del tampone, se positivo

Acconsente

Non Acconsente

All'esecuzione del suddetto esame, accettandone i relativi rischi di errore diagnostico ed i limiti intrinseci al test.

Dichiaro, inoltre di aver letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, che mi è stato spiegato in ogni sua parte, 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.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di aver letto e compreso l'informativa relativa al trattamento dati.

Autorizza espressamente al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge

SI	NO
----	----

Autorizza alla comunicazione dei risultati alle Autorità competenti

SI	NO
----	----

IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI

Inoltre autorizza a rendere partecipe dei risultati il dott.

SI	NO
----	----

Autorizza a rendere partecipe dei risultati il/la Sig./Sig.ra

SI	NO
----	----

Autorizza al trattamento dei propri dati analitici, nel pieno rispetto dell'anonimato, per eventuali studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, con particolare riferimento a programmi per la verifica della qualità

SI	NO
----	----

Data

Firma padre leggibile

Firma madre leggibile