

INFORMATIVA TAMPONE RINOFARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2

CONS_INF_FC_TAMPONE_SARSCOV2 R3 09092020

CHE COS'E' SARS-CoV2 E SINTOMATOLOGIA SARS-CoV2 è un virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus, responsabile, in talune circostanze, della Sindrome Acuta severa delle vie respiratorie (Sars). L'infezione da questo virus può comportare un'iniziale risposta immunitaria dell'ospite senza sviluppo di alcuna malattia (i soggetti risultano asintomatici, come accade nella grande maggioranza dei casi), oppure una reazione minima con sintomi quali pseudo raffreddore, mal di gola, perdita della capacità di percepire odori, o in taluni casi, con sintomi di interessamento del tratto intestinale (diarrea, nausea). In una piccola percentuale di casi (i dati epidemiologici sono ancora in aggiornamento), l'infezione evolve in malattia più importante delle vie respiratorie più basse con sintomatologia quale tosse secca, respiro corto, senso di debolezza, e sintomi pseudo influenzali come dolori muscolari, possibile espressione di una polmonite interstiziale. L'evoluzione della semplice infezione o della malattia (nelle sue diverse forme) dipende dalla dose infettante del virus e dalla "forza" del sistema immunitario dell'ospite (il soggetto infettato).

COME SI ESEGUE IL TEST E PRINCIPIO DI FUNZIONAMENTO Il test viene eseguito in pochi secondi, la procedura consiste nel prelievo di un campione di cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore o rinofaringe, mediante un piccolo bastoncino in grado di trattenere il materiale organico. Il campione prelevato viene analizzato in laboratorio con una metodica denominata rRT-PCR.

UTILITA' DEL TEST Il test molecolare sul tampone è un test diagnostico per rilevare la presenza del virus in un preciso istante. La presenza del virus nelle mucose respiratorie è indice di attività replicativa.

LIMITI DEL TEST Ogni risultato generato dal test deve essere interpretato e contestualizzato con altre evidenze cliniche e di laboratorio. Un test negativo non esclude la possibilità di infezione, in quanto il risultato può essere condizionato dalla qualità del campione raccolto e dalla presenza di inibitori della PCR.

RISULTATI DEL TEST In sintesi: la positività del test implica che il virus è presente nel nostro organismo.

La negatività del test può implicare:

- che non c'è stata ancora alcuna infezione,
- che l'infezione non è più in atto.

Il Direttore Sanitario, in caso di positività, comunicherà al Dipartimento il risultato del tampone e comunicherà a chi è stato sottoposto all'esame l'obbligo di porsi da subito in isolamento fiduciario a domicilio.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RINOFARINGEO
PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2**

CONS_INF_FC_TAMPONE_SARSCOV2 R3 09092020

Io sottoscritto/a
nato/a a il

Oppure (per utenti minorenni) Io sottoscritto, _____ Nato
a _____ il ___/___/_____ documento
d'identità _____

In qualità di Esercente la potestà genitoriale Tutore Amministratore di sostegno
 Legale rappresentante

dichiaro di aver letto e compreso tutte le informazioni contenute nel documento "INFORMATIVA PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RINOFARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2" e di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dall'operatore sanitario rispetto al test a cui sarò sottoposto.

Dichiaro, in particolare, che mi sono stati chiariti i vantaggi e i limiti che possono derivare dal test.

Recepita l'informazione ricevuta

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione del test.

Dichiaro, inoltre, di assumere i seguenti farmaci:

Data: _____ Firma dell'Utente _____

DICHIARAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Io sottoscritto _____ confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

Data _____ L'OPERATORE SANITARIO _____

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/_____
REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data: _____ Firma dell'Utente _____

Firma dell'operatore sanitario _____