



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

per esecuzione test sierologico SARS-CoV-2 IgG

Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra.....

nato/a ila

residente a.....

DICHIARA

- di essere stato informato di effettuare il Test Sierologico per rilevare, nel siero e nel plasma, la presenza di anticorpi IgG prodotti contro il SARS-CoV-2;
- di aver preso visione della presente Informativa e Consenso Informato, nonché dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali; e

CHIEDE E ACCETTA

di sottoporsi al prelievo di sangue per l'esecuzione del Test Sierologico per la ricerca di anticorpi IgG prodotti contro il SARS-CoV-2 e di aver letto le informazioni sottoelencate:

- il risultato NEGATIVO per anticorpi igG implica l'assenza di risposta immunitaria;
- il risultato POSITIVO per anticorpi igG indica il probabile contagio pregresso.

In caso di risultato POSITIVO, la Deliberazione n. XI/3131 del 12/05/2020 di Regione Lombardia stabilisce che sia verificata la contagiosità mediante ricerca dell'RNA virale con tecnica molecolare (da tampone oro-faringeo); pertanto, il paziente dovrà sottoporsi autonomamente alla misura dell'isolamento domiciliare fiduciario e sottoporsi quanto prima al tampone oro-faringeo per la ricerca dell'RNA virale.

Inoltre, la medesima deliberazione impone che, in caso di risultato POSITIVO o reattivo per anticorpi igG, i dati anagrafici del paziente, il telefono, il referto del Test Sierologico, la data di avvio dell'isolamento fiduciario e la data prevista per l'effettuazione del tampone siano comunicati da parte della Casa di Cura Figlie di San Camillo di Cremona alla ATS di residenza del paziente.

Data:

Firma: