



**RICHIESTA PER L'ESECUZIONE NELLE AZIENDE DEL TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO PER LA RICERCA DEL SARS-CoV-2**  
**Centro Analisi Cliniche San Paolo - Piazza Europa, 10 - Bari / tel 080.5315255**

**INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE  
DEL TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO PER LA RICERCA DI SARS-COV2**

Il test rapido su tampone per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 è un test rapido basato su immunocromatografia con lettura in TFR per la rilevazione qualitativa di uno specifico antigene del virus SARS-CoV-2 presente nella rinofaringe umana. Questo test viene effettuato con l'impiego di un tampone nasofaringeo. In generale, i test antigenici hanno un'elevata specificità, sebbene non siano così sensibili come i test molecolari che amplificano la sequenza di DNA o RNA virale bersaglio per generare un segnale quantificabile che indichi la presenza del virus in un campione. Pertanto, per compensare la potenziale diminuzione della sensibilità di un test antigenico, i risultati negativi dovrebbero essere analizzati insieme ad ulteriori fattori relativi al paziente, come ad esempio la storia di esposizione a COVID-19, i sintomi clinici e i risultati di test aggiuntivi, per aiutare a guidare la diagnosi e il successivo trattamento del paziente.

Eventuali risultati positivi invece andranno confermati con il tampone molecolare In RT-PCR. Questo test infatti costituisce un'ulteriore importante complemento alle opzioni diagnostiche per SARS-CoV-2 ma non sostituisce il Tampone molecolare considerato il gold standard nella diagnosi della malattia Covid-19. I risultati possono supportare la diagnosi precoce dell'infezione da SARS-CoV-2 in pazienti che presentano sintomi clinici del virus e contribuire allo screening iniziale degli stessi. In presenza di sintomi respiratori quali febbre, tosse, mancanza di respiro o difficoltà respiratorie, non sarà possibile effettuare il tampone.

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO PER LA  
RICERCA DI SARS-COV2**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Azienda: \_\_\_\_\_ email (personale): \_\_\_\_\_

dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sanitaria e di aver avuto modo di parlare con un operatore sanitario per ricevere eventuali ulteriori informazioni a riguardo

Autorizzo il personale del Centro Analisi Cliniche San Paolo al prelievo del tampone e a trasmettere il risultato del test al medico competente aziendale

SI  NO

Bari, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO**

1) Ha il sospetto di aver contratto un'infezione respiratoria acuta, ossia manifesta sintomi come febbre, tosse, difficoltà respiratorie?

SI ( QUANDO) \_\_\_\_\_

NO

2) Ha una storia di viaggi o residenza in aree a rischio tra cui Cina, Paesi orientali o europei, o comunque è tornato in Italia negli ultimi 14 giorni, dopo aver soggiornato in zone a rischio epidemiologico, come identificate dall'OMS?

SI ( QUANDO) \_\_\_\_\_

NO

3) Negli ultimi 14 giorni, ha soggiornato in regioni d'Italia con focolai?

SI ( QUANDO) \_\_\_\_\_

NO

4) Ha Avuto contatto a rischio con un caso sospetto o confermato di infezione da Coronavirus negli ultimi 14 giorni?

SI ( QUANDO) \_\_\_\_\_

NO

5) Ha esercitato attività in qualità di operatore sanitario nei 14 giorni precedenti in strutture che prestano servizi di cura e di assistenza a pazienti con infezioni respiratorie anche acute gravi e ad eziologia non nota?

SI ( QUANDO) \_\_\_\_\_

NO

6) Negli ultimi 14 giorni ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con infezioni da Coronavirus?

SI ( QUANDO) \_\_\_\_\_

NO

7) Negli ultimi 14 giorni ha avuto uno o più dei seguenti sintomi?

Aumento della temperatura superiore a 37,5° C

SI

NO

Tosse

SI

NO

Gola infiammata

SI

NO

Difficoltà respiratoria

SI

NO

Alterazione del gusto

SI

NO

Alterazione dell'olfatto

SI

NO

8) Se ha risposto affermativamente all'ultima domanda, indichi se ha avuto bisogno di cure mediche, se ha dovuto sospendere l'attività lavorativa o se è stato ospedalizzato

SI ( QUANDO) \_\_\_\_\_

NO

9) E' affetto da patologie croniche?

SI ( QUALI) \_\_\_\_\_

NO

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_