



RICHIESTA PER L'ESECUZIONE NELLE AZIENDE DEL TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO DI 3° GENERAZIONE 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 su tampone per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 è un test rapido di 3° generazione basato su lettura in immunofluorescenza in microfluidica per la rilevazione semi-quantitativa 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. Tuttavia, così come chiarito nella Circolare del Ministero della Salute del 07 gennaio 2021, questo test, per la sua metodologia di ultima generazione, ha performance considerate sovrapponibili al classico tampone molecolare, specie se utilizzato entro la prima settimana di infezione e, sulla base dei dati al momento disponibili, risulta essere una valida alternativa alla metodica RT-PCR.

La positività a questo test di tipo semi-quantitativo non necessita di conferma con test molecolare. Tuttavia in caso di discordanza con le condizioni cliniche del paziente, la metodica RT-PCR rimane il gold standard per la conferma del 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 DI 3° GENERAZIONE PER LA RICERCA DI SARS-COV2

Io sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____ a _____,

residente a _____ via _____ telefono _____

Azienda: _____ email (personale o aziendale): _____

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 _____