

CONSENSO INFORMATO AL TEST **SIEROLOGICO**
per Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)

Avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come riportati a pagina 1 (pagina per il paziente), inerenti l'esame SIEROLOGICO, che valuta la presenza di anticorpi IgG e IgM anti-SARS-CoV-2 nel sangue, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, le relative percentuali di errore diagnostico e le alternative al test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato alle autorità pubbliche competenti.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ CAP _____ prov _____

Tel: _____ C.F. _____ e-mail _____

in qualità di genitore/tutore di _____ nato/a a _____ il _____

presta non presta

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

Dichiara di avere letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, 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.

Dichiara inoltre di essere stato informato che un eventuale esito positivo possa comportare l'esonero immediato dall'attività lavorativa e di aver compreso le relative conseguenze.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di avere letto e compreso la sezione informativa relativa al trattamento dei dati personali ex art. 13, D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e, pertanto,

autorizza espressamente BIANALISI al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge SI NO

autorizza alla comunicazione dei risultati alle Autorità competenti (per le Regioni che lo prevedono) 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 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 del paziente

Firma dell'operatore sanitario che ha raccolto il consenso

Il presente **consenso informato** è revocabile in qualsiasi momento
Il sottoscritto _____ dichiara di voler **REVOCARE** il consenso.
Data _____ Firma _____

PAGINA PER BIANALISI