

ME.DI.CA. GROUP srl	<b>PAZIENTE MINORENNE: INFORMATIVA E CONSENSO PER L'ESECUZIONE DI TAMPONI RAPIDI e MOLECOLARI PER LA RICERCA DEL VIRUS SARS-CoV-2</b>	Mod 104 Rev 1 16/09/2021 Pag. 1 di 2
------------------------	---	---

## TAMPONE RAPIDO e TAMPONE MOLECOLARE

### Che cos'è e come si esegue

Il tampone è un esame rapido (eseguito in pochi secondi) che permette di rilevare la presenza o meno del virus SARS Cov-2, l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019). Il tampone è indolore anche se in alcuni soggetti può risultare fastidioso.

RAPIDO: Viene effettuato inserendo un bastoncino nelle fosse nasali di entrambe le narici ruotandolo nella mucosa e procedendo fino a raggiungere la parete posteriore del rino-faringe (parte superiore della faringe).

MOLECOLARE: Viene effettuato inserendo un bastoncino in bocca fino ad arrivare nei pressi delle tonsille (oro-faringeo) e successivamente nel naso fino a raggiungere la parete posteriore del rino-faringe (parte superiore della faringe).

### Chi lo esegue

RAPIDO: Il tampone viene eseguito dal Personale Sanitario di ME.DI.CA. Group.

Il campione prelevato verrà analizzato presso il Laboratorio Analisi ME.DI.CA. GROUP srl.

MOLECOLARE: Il tampone viene eseguito dal Personale Sanitario di ME.DI.CA. Group.

Il campione verrà analizzato dal *Laboratorio Analisi SE.FA.MO. srl* di Vicenza Accreditato con il SSN (Deliberazione Giunta Regionale n. 2690 del 30/12/2013).

### Possibili risultati ed interpretazione del test RAPIDO

- **POSITIVO** o **DUBBIO**: risulta in corso un'infezione da virus SARS Cov-2, da confermare con tampone molecolare
- **NEGATIVO**: non risultano infezioni in corso da virus SARS Cov-2. I risultati negativi devono essere combinati con le osservazioni cliniche, l'anamnesi del paziente e le informazioni epidemiologiche.
- **INVALIDO**: il risultato non è conforme a quanto atteso, è quindi necessario ripetere il tampone rapido

### Possibili risultati ed interpretazione del tampone MOLECOLARE

- **POSITIVO**: risulta in corso un'infezione da virus SARS Cov-2
- **NEGATIVO**: non risultano infezioni in corso da virus SARS Cov-2
- **INDETERMINATO**: valori ai limiti della determinazione. In questo caso si consiglia di ripetere il test a distanza di qualche giorno

### Tempi di refertazione

RAPIDO: Il risultato del tampone rapido è disponibile circa 15 minuti dopo l'esecuzione. Il referto è disponibile entro la giornata.

MOLECOLARE: Il referto è pronto in 48h.

La positività al tampone molecolare comporta l'inserimento del risultato nella piattaforma regionale per la registrazione dei positivi al Virus SARS Cov-2.

**ANAGRAFICA DEL MINORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_ Genere  M  F

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Carta identità  / Passaporto  \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (padre/madre) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- A) Di aver letto e compreso il significato del tampone naso-faringeo per rilevare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe di nostro figlio e delle procedure a cui sarà necessario sottoporsi in caso di positività
- B) Di aver letto e compreso il foglio informativo ed il presente modulo di consenso informato, nonché l'informativa relativa al trattamento dei dati personali
- C) Di voler sottoporre il figlio/tutorato legale all'esecuzione del test naso-faringeo
- D) Di aver letto e compreso che i dati anagrafici, il domicilio del proprio figlio/tutorato legale verranno trasmessi da parte di ME.DI.CA. GROUP srl alle Autorità Sanitarie competenti
- E) Di assumersi ogni responsabilità per il figlio/tutorato legale, in caso di esito positivo del tampone naso-faringeo, di rispettare l'isolamento domiciliare obbligatorio, come richiesto dalle Autorità Sanitarie competenti
- F) Di comunicare al pediatra di libera scelta del proprio figlio/tutorato legale, responsabile per gli aspetti sanitari del percorso, il risultato del tampone naso-faringeo, se positivo

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**RIFERISCE E DICHIARA RELATIVAMENTE AL FIGLIO/TUTORATO LEGALE di AVER RISCONTRATO I  
SEGUENTI SINTOMI NEI 3 GIORNI PRECEDENTI AL TAMPONE (compresa la data odierna):**

FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	MIALGIE/ASTENIA (es. DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
TOSSE	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	NAUSEA/VOMITO/DIARREA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
RECENTE DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA (DISPNEA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ALTERAZIONE DELL'OLFATTO (ODORI)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
RINITE (infiammazione mucosa nasale)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ALTERAZIONE DEL GUSTO	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
FARINGODINIA (es. MAL DI GOLA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No			

**Negli ultimi 14 giorni:**

- **E' risultato positivo ad un tampone rapido o molecolare?**  Sì  No
- **Attualmente si trova in Isolamento o in Quarantena?**  Sì  No
- Ha avuto **contatto fisico diretto** con un caso di COVID-19 (per esempio stretta di mano)?  Sì  No
- È stato **in ambiente chiuso** (per esempio auto, aula, sala d'attesa dell'ospedale) **con un caso di COVID-19** per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1,5 metri?  Sì  No
- **Vive nella stessa casa** di un caso sospetto o confermato di COVID-19?  Sì  No
- **E' di ritorno da un Paese** di quelli ritenuti potenzialmente pericolosi per cui dovrebbe essere sottoposto a quarantena cautelativa?  Sì  No
- se Sì quale: \_\_\_\_\_ Data di rientro: \_\_\_\_\_

→ Tutti gli esiti dei Tamponi sia RAPIDI che MOLECOLARI (PCR) saranno inviati ad Azienda Zero che provvederà a trasferire il dato al servizio di igiene e sanità pubblica (SISP) dell'ULSS di riferimento del paziente.

**Presto il consenso all'esecuzione al figlio/tutorato legale del:**

<b>TAMPONE RAPIDO</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>TAMPONE MOLECOLARE (PCR)</b>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Data..... Firma del padre / madre .....

**NB: ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata fotocopia del genitore che sottoscrive**