



**CONSENSO INFORMATO  
TEST SARS-CoV 2 (COVID-19)**  
(vers 1.2 11/2020)  
**Pazienti Privati – MAGGIORENNI**

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO TEST MOLECOLARE, ANTIGENICO O  
SIEROLOGICO** (vers 1.2 11/2020)

Cognome e Nome .....  
Nato/a il ..... / ..... / ..... a ..... (Prov.) .....  
Residente in Via/Piazza .....n. ....  
Comune di .....(Prov.) .....  
con documento di riconoscimento: Carta d'identità Altro .....  
n° ..... Rilasciato da: ..... Scadenza: ..... / ..... / .....  
Codice Fiscale:.....  
Mail:..... Telefono: .....  
Professione: ..... Cap del Luogo di Lavoro: .....  
MEDICO CURANTE : .....

**Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole/li che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n.445/2000)**

**DICHIARA:**

- la veridicità e la correttezza dei dati sopra riportati;
- di essere in stato di gravidanza: NO SI Data presumibile del parto: .....
- la seguente sintomatologia: ASINTOMATICO PAUCI-SINTOMATICO LIEVE SEVERO CRITICO  
GUARITO Se sintomatico data inizio sintomi: .....
- di aver in precedenza già eseguito altri TEST TAMPONI SARS-CoV-2 : NO SI N. ....;
- di aver ricevuto, letto e compreso il presente modulo con l'informativa relativa al test SARS-CoV-2 al quale sarà sottoposto; di averne avuto integrazione mediante informazione a voce e di aver ottenuto risposta ad ogni richiesta e/o chiarimento;
- **di aver compreso che in caso di positività al Sars-CoV-2 dovrà osservare l'ISOLAMENTO DOMICILIARE e sarà opportuno contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale;**
- di aver letto e compreso le "informazioni" ricevute per iscritto sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) e degli artt. 77 e 79 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. (D.Lgs. n. 101/2018);
- di aver compreso che in capo al laboratorio LEA srl insiste l'obbligo, ai fini dell'informativa prevista dalle procedure regionali, di inserire i dati personali forniti con gli esiti del test nell'apposita piattaforma informativa predisposta dalla Regione Toscana (JSON standard versione 1.4) in conformità alle indicazioni di cui all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 34 del 14/03/2020 (Allegato A), e di pubblicare il referto firmato digitalmente sul fascicolo sanitario elettronico (FSE) di Regione Toscana, secondo lo standard RFC101 ver. 12, o in alternativa, nei casi di test sierologici positivi sulla app #acasainsalute.

**(presegue)**



**CONSENSO INFORMATO  
TEST SARS-CoV 2 (COVID-19)**  
(vers 1.2 11/2020)  
**Pazienti Privati – MAGGIORENNI**

**1) Da compilare solo in caso di esecuzione del TEST SIEROLOGICO ( PRELIEVO VENOSO )**

Indicare la risposta con un X

SINTOMI DAL 01/01/2020	NO	SI (specificare il mese)
FEBBRE SOPRA 37.5		
TOSSE		
DIARREA		
DISPNEA (difficoltà respiratoria)		
ALTERAZIONE O PERDITA DI GUSTO		
ALTERAZIONE O PERDITA DI OLFATTO		

Indicare la risposta con un X

	NO	SI (specificare il mese)
ESPOSTO AD UN CASO COVID CONFERMATO		
DAL 01/01/2020 NEL NUCLEO FAMILIARE CI SONO STATI EPISODI INFLUENZALI		

**2) DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE**

<b>ESPRIME IL CONSENSO</b> a sottoporsi al TEST (molecolare, antigenico, sierologico) SARS-CoV-2 (COVID-19)	SI	NO
<b>ESPRIME IL CONSENSO</b> per l'invio dei dati personali con l'esito del test del Tampone alla Regione Toscana (JSON standard versione 1.4 e successive e Fascicolo sanitario elettronico FSE) oppure in caso di test sierologico positivo di inviare i dati alla app #acasainsalute	SI	NO
<b>RICHIESTE</b> di ricevere la consegna del referto dalla casella di posta elettronica analisilea@laboratorioempolese.it alla propria casella di posta elettronica ordinaria e a quello del proprio medico curante ( <u>specificare email o nome e cognome del medico curante:</u> _____) o tramite portale web	SI	NO

Data ...../...../..... Ora: .....

.....  
Firma del sanitario

.....  
Firma dell'interessato/a

**IMPORTANTE :**

**al presente consenso è obbligatorio allegare la fotocopia della tessera sanitaria fronte-retro ben leggibile, da consegnare poi all'infermiere incaricato alla esecuzione dei test. Non sarà eseguito l'esame senza il presente documento. Non è possibile eseguire fotocopia durante il prelievo.**