

**CONSENSO INFORMATO COVID-19 - RICERCA MOLECOLARE (TAMPONE)**

**Che cos'è un Coronavirus?**

I Coronavirus sono una vasta famiglia di virus che possono causare malattie semplici come il raffreddore ma anche malattie più gravi come la MERS o la SARS.

**Cos'è il SARS-CoV-2?**

E' il coronavirus che causa l'attuale epidemia: "Sindrome Respiratoria Acuta Grave-CoronaVirus-2", SARS-CoV-2.

**Cosa significa COVID-19?**

E' la malattia provocata dal nuovo Coronavirus, denominata "COVID-19" (dove "CO" sta per corona, "VI" per virus, "D" per disease e "19" indica l'anno in cui si è manifestata per la prima volta).

**Come può avvenire il contagio?**

La modalità di contagio più comune è la trasmissione del virus attraverso le goccioline di saliva (droplets) emesse da persone infette nel parlare o mediante tosse e starnuti.

**Come si fa la diagnosi di infezione in atto da Coronavirus?**

Il Test molecolare Covid-19 è il metodo standard indicato dal Ministero della Salute per la diagnosi dell'infezione da Coronavirus (COVID-19). Il test indica la presenza del RNA virale di SARS-CoV-2 con un metodo molecolare chiamato Real Time PCR (Polimerase chain reaction): il materiale genetico del virus (RNA) viene estratto dal tampone oro-rinofaringeo prelevato e analizzato con strumentazione di biologia molecolare.

**Quando effettuare il test molecolare per la ricerca del virus?**

Il test viene effettuato sui pazienti con i sintomi classici della malattia ma anche in quelli con sintomi meno evidenti. E' molto importante effettuarlo anche nelle persone venute a contatto con i pazienti positivi al virus. Inoltre il test molecolare è **propedeutico ad ogni ricovero presso le strutture sanitarie.**

**Come si esegue il prelievo di materiale biologico?**

Il prelievo viene effettuato sulle secrezioni prelevate mediante un tampone oro-nasofaringeo, cioè una specie di "cotton fioc" che raggiunge in profondità la gola e le cavità nasali.

**Chi processa il test molecolare per la ricerca del virus?**

Il tampone verrà trasferito presso uno dei laboratori autorizzati che comunicherà gli esiti alla nostra Struttura. Inoltre i suoi dati verranno caricati sul portale [www.qualitasiciliassr.it](http://www.qualitasiciliassr.it) come previsto dalla "Direttiva regionale per la raccolta centralizzata ed informatizzata dei dati relativi ai tamponi molecolari rinofaringei per SARS-COV-2" del 16/11/2020.

**Dopo quanti giorni dal contagio è possibile eseguire il tampone?**

Dopo 3-7 dal presunto contagio il virus è rilevabile. L'esecuzione del tampone nella prima fase della malattia potrebbe dar luogo a dei falsi negativi, e quindi in caso di sospetto di malattia, per aumentare la sicurezza dell'esito, è consigliabile ripetere il tampone in un momento successivo.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

|                       |           |    |  |      |                |
|-----------------------|-----------|----|--|------|----------------|
| <input type="radio"/> | ME STESSO |    | <i>Dati del paziente da compilare solo nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo</i> |      |                |
| <input type="radio"/> | GENITORE  | di | Cognome  | Nome | Codice Fiscale |
| <input type="radio"/> | TUTORE    |    |  |      |                |

**DICHIARO di aver letto e compreso l'informativa e ACCONSENTO**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | all'esecuzione dell'esame <b>COVID-19 RICERCA MOLECOLARE (TAMPONE)</b> <b>consenso obbligatorio</b>   |
| <input type="checkbox"/> | alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy <b>consenso obbligatorio</b>                         |
| <input type="checkbox"/> | alla raccolta delle informazioni riportate nella sezione sottostante "Raccolta dati COVID-19" <b>consenso obbligatorio</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Dichiaro di assumermi la responsabilità di restare in isolamento domiciliare fiduciario sino alla comunicazione del risultato (Art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n.455) <b>consenso obbligatorio</b> |

|             |  |                           |
|-------------|--|---------------------------|
| <b>Data</b> | <b>Firma dell'operatore che ha fornito il consenso</b> | <b>Firma del Paziente</b> |
|             |  |                           |

**Sezione 1 – Dati dell'intervistatore**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Cognome:                   | Nome:  |
| Struttura di appartenenza: | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista |
| Data dell'intervista:      | Luogo  |

**Sezione 2 – Dati del soggetto esaminato**

|  |  |
|--|--|
| Cognome:   | Nome:  |
| Codice fiscale:  | Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M   |
| Data di nascita:   | Luogo di nascita:  |
| Comune di residenza:                                     | Via  |
| Comune di domicilio:                                     | Via  |
| ASP di residenza:  | Telefono cellulare:  |
| Telefono fisso:  | Indirizzo e-mail:  |
| Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test | <input type="checkbox"/> Contact tracing <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Altro _____ |

**Sezione 3 Dati laboratoristici**

|  |   |
|--|---|
| Tipologia di test sierologico eseguito                                   | A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Data _____                              |
| Test sierologico rapido  | <input type="checkbox"/> Esito positivo <input type="checkbox"/> Esito negativo    Data _____ |
| Se si ha effettuato tampone rinofaringeo in biologia molecolare (tipo D) | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Data _____                            |
| Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card tipologia E              | <input type="checkbox"/> Esito positivo <input type="checkbox"/> Esito negativo    Data _____ |
| Altro test specificare _____   | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Data _____                            |

**Sezione 4 – Storia clinica allo stato attuale**
**Asintomatico** 

|   |  |
|---|--|
| <b>Paucisintomatico</b> <input type="checkbox"/>            | (Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)          |
| <b>Sintomatico</b>  | <b>Data inizio sintomi:</b> _____                          |
| <input type="checkbox"/> Lieve                              | <input type="checkbox"/> Febbre > 37,5°                    |
| <input type="checkbox"/> Severo                             | <input type="checkbox"/> Dispnea (difficoltà respiratorie) |
| <input type="checkbox"/> Critico                            | <input type="checkbox"/> Dolori muscolari                  |
|   | <input type="checkbox"/> Mal di gola                       |
|   | <input type="checkbox"/> Alterazione del gusto             |
|   | <input type="checkbox"/> Alterazione dell'olfatto          |
|   | <input type="checkbox"/> Cefalea                           |
|   | <input type="checkbox"/> Disturbi intestinali              |
| <input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero – Data: _____ | P.O.: _____  |