

## INFORMATIVA PER UTENTI TAMPONE NASO ORO-RINOFARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

**CHE COS'E' LA SARS-CoV2 E SINTOMATOLOGIA** La SARS-CoV2 è un virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus, responsabile, in talune circostanze, della Sindrome Acuta severa delle vie respiratorie (Sars). L'infezione da questo virus può comportare un'iniziale risposta immunitaria dell'ospite senza sviluppo di alcuna malattia (i soggetti risultano asintomatici, come accade nella grande maggioranza dei casi), oppure una reazione minima con sintomi quali pseudo raffreddore, mal di gola, perdita della capacità di percepire odori, o in taluni casi, con sintomi di interessamento del tratto intestinale (diarrea, nausea). In una piccola percentuale di casi (i dati epidemiologici sono ancora in aggiornamento), l'infezione evolve in malattia più importante delle vie respiratorie più basse con sintomatologia quale tosse secca, respiro corto, senso di debolezza, e sintomi pseudo influenzali come dolori muscolari, possibile espressione di una polmonite interstiziale. L'evoluzione della semplice infezione o della malattia (nelle sue diverse forme) dipende dalla dose infettante del virus e dalla "forza" del sistema immunitario dell'ospite (il soggetto infettato).

**COME SI ESEGUE IL TEST E PRINCIPIO DI FUNZIONAMENTO** Il test è eseguito in pochi secondi, la procedura consiste nel prelievo di un campione di cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore o rinofaringe, mediante un piccolo bastoncino in grado di trattenere il materiale organico. Il campione prelevato è analizzato in laboratorio con una metodica denominata rRT-PCR.

**UTILITA' DEL TEST** Il test molecolare sul tampone è un test diagnostico per rilevare la presenza del virus in un preciso istante. La presenza del virus nelle mucose respiratorie è indice di attività replicativa.

**LIMITI DEL TEST** Ogni risultato generato dal test deve essere interpretato e contestualizzato con altre evidenze cliniche e di laboratorio. Un test negativo non esclude la possibilità di infezione, in quanto il risultato può essere condizionato dalla qualità del campione raccolto e dalla presenza di inibitori della PCR.

**RISULTATI DEL TEST** In sintesi: la positività del test implica che il virus è presente nell'organismo. La negatività del test può implicare che:

- Non c'è stata ancora alcuna infezione;
- L'infezione non è più in atto.

Il Direttore Sanitario, in caso di positività, comunicherà al Dipartimento di Prevenzione competente il risultato del tampone e comunicherà a chi è stato sottoposto all'esame l'obbligo di porsi da subito in isolamento fiduciario a domicilio.

---

### ATTESTAZIONE DI VOLONTARIETÀ

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dipendente dell'azienda  
\_\_\_\_\_ dichiara in maniera del tutto volontaria il proprio:

ASSENSO

DINIEGO

a ricevere la prestazione "tampone naso oro-rinofaringeo per la ricerca del virus Sars-CoV-2", di cui sopra, messo a disposizione dal proprio datore di lavoro. L'atto di volontarietà, appena espresso, è subordinato all'espressione del "consenso informato", atto da prestare il giorno del prelievo microbiologico alla presenza dell'operatore sanitario, prima della sua esecuzione.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Firma dell'utente \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO  
PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RINOFARINGEO  
PER LA RICERCA DI SARS-COV-2**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiaro di aver letto e  
compreso tutte le informazioni contenute nel documento "INFORMATIVA UTENTI PER L'ESECUZIONE  
DEL TAMPONE RINOFARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-COV-2" e di essere stato/a informato/a in  
modo comprensibile ed esauriente dall'operatore sanitario rispetto al test a cui sarò sottoposto.

Dichiaro, in particolare, che mi sono stati chiariti i vantaggi e i limiti che possono derivare dal test.

Recepita l'informazione ricevuta

CONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione del test.

Dichiaro, inoltre, di assumere i seguenti farmaci:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Firma dell'utente \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ confermo e attesto, in modo contestuale alla  
sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto  
quanto sopra esposto, punto per punto.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_

**REVOCA DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ REVOCO il consenso  
all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Firma dell'utente \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_