

## **CONSENSO INFORMATO: TAMPONE RINO-FARINGEO RAPIDO/MOLECOLARE per Covid-19**

### **Che cos'è e come si esegue**

**RAPIDO:** Si tratta di un tampone (eseguito in pochi secondi) che permette di rilevare la presenza o meno di una proteina (ANTIGENE) prodotta dal virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019). Il tampone è indolore, anche se in alcuni soggetti può risultare fastidioso; viene effettuato inserendo un bastoncino con una sorta di cotton fioc posizionato all'estremità. Il tampone viene strofinato leggermente sulla mucosa del naso, inserendo il tampone nelle due narici e procedendo fino a raggiungere la parete posteriore del rinofaringe (parte superiore della faringe). Il tampone rapido è un utile ausilio in stretta collaborazione con i clinici per il percorso diagnostico, ma non sostituisce il test di riferimento che è quello molecolare **Limiti del test:** Sensibilità 90.4 %, Specificità 99.5%

**L'antigene è presente dopo 6-8 giorni dal contagio e dopo 1-2 giorni dall'inizio dei sintomi.**

**MOLECOLARE:** Si tratta di un tampone (eseguito in pochi secondi) che permette di rilevare la presenza o meno dell'RNA del virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019). Il tampone è indolore e viene eseguito nel faringe e nel naso-faringe. Il tampone molecolare è il test di riferimento per la diagnosi di infezione da COVID-19. La lavorazione prevede un processo di amplificazione dell'eventuale RNA virale e successivamente la rilevazione dell'RNA con delle sonde complementari: R-PCR **La presenza dell'RNA è rilevabile dopo 5-6 giorni dal contagio .**

### **Chi lo esegue**

Il tampone viene effettuato dal Personale Sanitario.

**RAPIDO:** Il campione prelevato verrà analizzato dal Laboratorio Analisi del Centro Raphael

**MOLECOLARE:** Il campione prelevato verrà analizzato **in service** presso un Laboratorio della rete CORONET validato dallo Spallanzani.

### **Tempi di refertazione**

I risultati del tampone **RAPIDO** saranno comunicati online dal Laboratorio Analisi Cliniche nell'arco di 6 ore lavorative dall'esecuzione del tampone.

I risultati del tampone **MOLECOLARE** saranno comunicati online dal Laboratorio Analisi Cliniche nell'arco di 72 ore lavorative dall'esecuzione del tampone.

**I risultati saranno inseriti all'interno della Piattaforma RECUP e sorveglianza regionale COVID-19 Regione Lazio RM2.**

### **Possibili risultati del test RAPIDO:**

Risultato **NEGATIVO:** non risultano infezioni in corso da virus SARS Cov-2 – **a discrezione del medico curante ripetere dopo 3-5 giorni**

Risultato **POSITIVO:** risulta in corso un'infezione da virus SARS Cov-2 - **a discrezione del medico curante eseguire Tampone Molecolare o MUNITI di RICETTA MEDICA prenotando gratuitamente presso le postazioni DRIVE-IN o SENZA RICETTA MEDICA (necessaria solo per i minori di 14 anni) prenotando presso questo centro**

Risultato **INDETERMINATO:** la carica virale è bassa - **a discrezione del medico curante eseguire Tampone Molecolare**

Risultato **NON IDONEO:** il materiale raccolto è di scarsa qualità e non sufficiente per l'esame – **ripetere il tampone rapido**

**In caso di esito positivo CONTATTARE IMMEDIATAMENTE IL MEDICO CURANTE**

**CONSENSO INFORMATO:  
TAMPONE RINO-FARINGEO RAPIDO/MOLECOLARE COVID-19**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
Medico Curante \_\_\_\_\_ **ASL di appartenenza** \_\_\_\_\_  
Perché faccio il tampone \_\_\_\_\_

**Nel caso di minori o soggetti a tutela:**

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

**Dichiaro sotto la mia responsabilità:**

- 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. Dichiaro inoltre di essere stato informato che **i dati e i risultati saranno utilizzati ai fini di Servizi Sanitari Pubblici competenti per l'adozione delle misure necessarie previste dalla normativa vigente.**
- di aver letto attentamente quanto sopra esposto riguardo gli obiettivi specifici, i benefici e gli eventuali rischi e conseguenze. Avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come sopra riportati, inerenti al TAMPONE rino-faringeo, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato ai Servizi Sanitari Pubblici competenti

<b>presto</b> il consenso all'esecuzione del TAMPONE RINO-FARINGEO	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--	-----------	-----------

**IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI**

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

Firma del Paziente

Firma del Medico che ha acquisito il consenso

**REVOCA DEL CONSENSO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ revoco il  
consenso da me precedentemente prestato, consapevole che tale revoca non pregiudica l'utilizzo dei dati effettuato prima di tale atto.

Data, \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_