

MODULO CONSENSO INFORMATO

Tampone rino-orofaringeo per 2019-nCov (Virus Coronavirus) con test rapido

Io sottoscritto _____

Nato il _____ A _____

Telefono _____

Genitore dell'alunno/a

Nome e Cognome _____

Nato/a il _____ A _____

- Dichiaro di aver ricevuto esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale.
- Dichiaro pertanto di voler sottoporre mio/a figlio/a al tampone rino-orofaringeo per 2019-nCov (Virus Coronavirus) con test rapido.
- Sono altresì consapevole che in caso di RISULTATO POSITIVO al test rapido mio/a figlio/a potrà essere sottoposto a tampone oro-rinofaringeo molecolare e che in attesa del relativo riscontro diagnostico mio/a figlio/a dovrà attenersi a misure di quarantena presso il domicilio.
- Sono consapevole che il referto del tampone rino-orofaringeo, oltre a me, sarà visibile al medico di medicina generale/pediatra di famiglia di mio/a figlio/a e al Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL Toscana Centro.

Firenze ___/___/___

Firma del dichiarante _____

Firma dell'operatore che esegue il test _____

Azienda USL Toscana centro



Zonadistretto Firenze
Presidio Santa Rosa
Lungarno Santa Rosa 13
50142 - Firenze