

Il test SARS-CoV-2 verrà eseguito su siero, mediante prelievo ematico. È sempre possibile eseguire questo test, tranne in presenza di sintomi (così come indicati dal Ministero della Salute, ad esempio febbre, sindrome influenzale, tosse, affanno, ecc). In tal caso il test appropriato è il tampone ed è consigliato contattare le Autorità Sanitarie locali competenti ed il proprio medico curante per ottenere la valutazione del proprio caso e un'adeguata assistenza. **Il test sierologico Anti Proteina Spike SARS COV 2 è in grado di dosare (identificare) le IGG quantitative (ovvero gli anticorpi che si formano dopo aver contratto la malattia e dopo essersi VACCINATI) e le IGM semiquantitative dirette contro la proteina spike (il principale meccanismo che il virus utilizza per infettare le cellule).** Il test in uso presso il nostro laboratorio (MagLUMI 2019 n-Cov IgG e IgM-Medical Systems), si basa sulla tecnologia in chemiluminescenza (CLIA), ed è in grado di rilevare , in maniera quantitativa e completamente automatizzata, la presenza di anticorpi anti SARS-Cov-2 diretti verso le proteine Spike S1 e S2 e il Nucleocapside (N).

- DATA ESECUZIONE SECONDA DOSE VACCINO _____
- DATA ESECUZIONE ULTIMO TAMPONE NEGATIVO _____
- ALTRA MOTIVAZIONE _____

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO TEST SIEROLOGICO ANTI PROTEINA SPIKE SARS-COV-2

Il/la sottoscritto/a.....

Codice fiscale

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario. Liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione del test sierologico **Anti Proteina Spike SARS COV 2** tramite prelievo ematico. Autorizzo, inoltre, l'utilizzo e la comunicazione all'ASL per fini epidemiologici e/o l'utilizzo dei dati per scopi scientifici opportunamente anonimizzati.

.....

Firma leggibile di chi si sottopone al prelievo

.....

Firma leggibile dell'operatore sanitario

...../...../.....

data

PER SOGGETTO MINORENNE o PRIVO di AUTONOMIA DECISIONALE

Dati identificativi di chi si sottopone al prelievo ematico:

...../...../.....
Cognome e Nome data di nascita

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA dell'ATTO di NOTORIETA'(art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n°445):

Io sottoscritto/a (dati identificativi di chi esercita patria potestà):

...../...../.....
Cognome e Nome data di nascita

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, nonché del fatto che la potestà sul minorente compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati), dichiaro:

- di essere genitore del minore e che l'altro genitore non sottoscrive il modulo ma è consenziente (o deceduto o altro)
- di essere legale rappresentante del minore (tutore o altro)

Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario (vedi pag.1 della scheda). Liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da SARS-CoV-22 tramite prelievo ematico e a tutte le azioni conseguenti previste. Autorizzo, inoltre, l'utilizzo e la comunicazione all'ASL per fini epidemiologici e/o l'utilizzo dei dati per scopi scientifici opportunamente anonimizzati.

...../...../.....
Firma Firma leggibile dell'operatore sanitario data