

Modulo Consensi

MODULO CONSENSI

Il/La sottoscritto/a	
C.F.	
Cell. *	

*da compilare solo nel caso in cui tali campi si rendessero necessari per la finalità richiesta

1. TRATTAMENTO DATI PERSONALI

In riferimento a quanto esposto nel documento di informativa sul trattamento dei dati, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, affisso in sala d'attesa e disponibile a richiesta presso il personale di front office, dichiaro di aver preso visione e compreso la stessa e

Do il consenso

Nego il consenso

_____, __/__/____

Firma _____

2. SERVIZIO CONFERMA APPUNTAMENTI

In relazione alla ricezione di comunicazioni telefoniche o telematiche (e-mail, sms, ecc.) perché mi siano ricordati gli appuntamenti:

Do il consenso

Nego il consenso

_____, __/__/____

Firma _____

3. INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI COMMERCIALI

In riferimento alla possibilità di essere informato/a di eventuali novità che riguardano le attività e/o i servizi della struttura (es: apertura nuove cliniche, attivazione di nuovi servizi, promozioni, ecc.) e/o l'invio di materiale pubblicitario in genere:

Do il consenso

Nego il consenso

_____, __/__/____

Firma _____

4. ATTIVITÀ DI RICERCA SCIENTIFICA E/O STATISTICA

In riferimento alla presenza negli studi di professionisti/osservatori esterni, durante la prestazione medica richiesta, e all'utilizzazione di dati aggregati e in forma anonima, compreso l'impiego di fotografie, per finalità scientifiche e di ricerca

Do il consenso

Nego il consenso

_____, __/__/____

Firma _____



PROMEDICA 88 S.R.L.

Modulo Consensi

ALL.1

Il/La sottoscritto/a	
C.F.	
Cell. *	

5. INVIO REFERTAZIONE ON LINE

Promedica 88 S.r.l. offre questo servizio secondo quanto previsto dalle **"linee guida in temi di referti on-line"**: attraverso il caricamento del referto on-line protetto da password.

Facendo riferimento alle seguenti istruzioni e avvertenze in merito alla fornitura del suddetto servizio di refertazione:

- la presente richiesta può essere annullata entro e non oltre le 24 ore dalla sua presentazione;
- il richiedente si assume la responsabilità rispetto ai dati forniti nella presente richiesta
- il referto caricato on-line in formato PDF, firmato digitalmente. Esso non sostituisce le normali procedure di consegna del referto, che resta, in ogni caso, disponibile in formato cartaceo - ai sensi e per gli effetti di legge presso Promedica 88 S.r.l.
- il referto delle analisi che verrà inviato potrà essere composto da più allegati.

Dopo aver letto e compreso quanto sopra descritto rispetto alle modalità operative di fornitura del servizio stesso e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà "categorie particolari di dati personali" di cui all'art.9 Reg. UE n. 2016/679 vale a dire i dati "relativi alla salute",

Do il consenso

Nego il consenso

sotto mia unica responsabilità, di caricare il mio referto on-line.

_____/____/____

Firma del richiedente



MODULO DI INFORMAZIONE E
RICHIESTA DI CONSENSO PER
L'ESECUZIONE DEL TEST COVID-19

REV 00
KWH_MOD CONSTEST
C19 14.05.2020

ALL.2

ESAME RICHIESTO:

- TEST COVID-19 ANTIGENICO RAPIDO

NOMECOGNOME.....

NATO/A il A.....

INDIRIZZO DI RESIDENZA..... TEL.....

INDIRIZZO MAIL.....

MEDICO CURANTE.....

- Per proprio conto
- Esercitando la potestà di genitore sul minore.....
- Esercitando la legale rappresentanza sul Signor/a.....

INFORMATIVA SUL TEST

- Questo test è indicato per la rilevazione dell'antigene da SARS-CoV-2 in campioni di tampone nasale. Ha lo scopo di aiutare nella diagnosi rapida delle infezioni da SARS-CoV-2;
- Questo test fornisce valutazioni di tipo semiquantitativo;
- La etiologia della infezione respiratoria causata da microorganismi diversi da SARS-CoV-2 non sarà stabilita da questo test. Il Test Rapido per Antigene Coronavirus è in grado di rilevare SARS-CoV-2 sia vitale che non vitale. Le prestazioni del test dipendono dalla carica di antigene e potrebbero non essere correlate ai risultati della coltura virale eseguiti sullo stesso campione;
- **Se il risultato del test è negativo ma i sintomi clinici persistono**, si consiglia di ripetere il test e di utilizzare altri metodi diagnostici. Un risultato negativo non esclude mai la presenza di antigeni SARS-CoV-2 nel campione, poiché potrebbero essere presenti al di sotto del livello di rilevamento del test e se il campione è stato raccolto impropriamente;
- **I risultati positivi devono essere trattati come presunti e confermati con un test molecolare**; in caso di positività deve quindi informare tempestivamente il suo Medico Curante per provvedere alla esecuzione del Tampone Molecolare. Dovrà recarsi con il suo mezzo presso uno dei drive in regionali, sedi di esecuzione del test molecolare, munito del referto di positività del test antigenico, del documento di identità, della tessera sanitaria, della ricetta dematerializzata; se accompagnato, dovranno essere rispettate le misure di distanziamento nell'abitacolo. Da subito dovrà comunque rispettare le norme di distanziamento sociale, anche all'interno della sua abitazione, ove dovrà rimanere fino alla comunicazione del referto del test molecolare di conferma;
- **Una diagnosi clinica definitiva non può essere basata sui risultati di un singolo test ma deve essere posta da un Medico, solo dopo aver valutato il pannello più ampio possibile di rilievi clinici e diagnostici.**



**MODULO DI INFORMAZIONE E
RICHIESTA DI CONSENSO PER
L'ESECUZIONE DEL TEST COVID-19**

REV 00
VB_MOD CONSTEST C19
14.05.2020
ALL.2

NOTE PER IL CONSENSO

La Casa di Cura Karol Wojtyła Hospital, abilitata allo svolgimento del test antigenico e la ASL che svolge l'esecuzione del test molecolare e la Regione Lazio raccoglieranno e registreranno i risultati dei suoi campioni insieme ai suoi principali dati identificativi (data di nascita, residenza, eventuale amministrazione di appartenenza) ed eventuali sintomi riferibili a COVID 19: tutto ciò verrà utilizzato e trattato limitatamente allo scopo espresso dalle norme regionali, esclusivamente per il periodo di tempo necessario alla gestione delle azioni utili a contrastare l'emergenza COVID 19. I campioni ed i suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture deputate e non ceduti in nessun modo a terzi, in linea con il GDPR 2016/679 e con il D. Lgs 196/2003. Per tutte le informazioni utili alla gestione dei dati, il riferimento è il DPO dell'IRCS INMI Spallanzani:dponmi.it.

ADESIONE E CONSENSO AL TEST ANTIGENICO RAPIDO

1. Dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario;
2. Il referto del test sarà consegnato con le modalità previste dalla vigente normativa.
3. Dichiaro di essere a conoscenza che i test antigenici rapidi non possono essere considerati come strumenti diagnostici sostitutivi del test molecolare;
4. Dichiaro di impegnarmi sotto la mia personale responsabilità, a informare a conoscenza che dovrò informare il Medico di Medicina Generale, nel caso esito positivo del test, ai fini della conferma mediante esecuzione di tampone oro-faringeo per la ricerca del genoma virale di SARS-CoV2 (test molecolare);
5. Dichiaro di essere consapevole che posso revocare il mio consenso al trattamento dei dati nei diritti e limiti previsti dalla normativa, verbalmente o per iscritto in qualsiasi momento.

Acconsento al trattamento dei miei dati personali in funzione dei servizi richiesti, per tutto quanto indicato nella informativa ricevuta e nel rispetto della vigente normativa

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e data

Firma del richiedente