



Hdomicilio
LA SALUTE A CASA TUA

REA PN 92443 AUT ASL

20301/DP/ISP

Test effettuato con Tamponi :ROCHE Sars Cov 2 Rapid test _____
 ABBOTT Panbio Rapid test _____
 . Vcheck Saliva Rapid test (2049702).... _____

IO SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____

_____ IL _____

CF: _____ CELL _____

MAIL _____

SONO A CONOSCENZA CHE :

- IL TEST SI SVOLGE CON L' INSERIMENTO INDOLORE IN ENTRAMBE LE NARICI DI UN SOTTILE TAMPONE
- IL TEST HA UNA SENSIBILITA' DEL 96 % CIRCA
- LA RISPOSTA AVVIENE IN 15 MINUTI
- IN CASO DI POSITIVITA' VA ESEGUITO IL TEST MOLECOLARE PCR (CHE E' L UNICO CHE HA VALORE LEGALE)
- IN CASO DI POSITIVITA' IL MIO NOMINATIVO VERRA' COMUNICATO ALLA REGIONE FRIULI PER LE PROCEDURE DI QUARANTENA
- IN CASO DI POSITIVITA' DEVO RAGGIUNGERE IL MIO DOMICILIO E RESTARVI FINO ALLA CERTIFICAZIONE ASL DI FINE QUARANTENA
- LA POSITIVITA' DEL TEST MOLECOLARE VA COMUNICATA AL MEDICO CURANTE PER L' AVVIO DELLE PROCEDURE DI LEGGE
- IN CASO DI FAMILIARI CONVIVENTI (SOPRATTUTTO SE ANZIANI) VANNO RIGIDAMENTE APPLICATE LE PROCEDURE DI PREVENZIONE (MASCHERINA ANCHE IN CASA-SANIFICAZIONE-DISTANZIAMENTO)

LETTO E COMPRESO QUANTO ELENcato IN PRECEDENZA

() PRESTO IL CONSENSO

() NON PRESTO IL CONSENSO

ALL' ESECUZIONE DEL TEST RAPIDO/MOLECOLARE PER LA RILEVAZIONE DEL VIRUS SARS-COVID-2 (COVID-19) E AL RELATIVO TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

DATA _____ FIRMA _____

Data _____ Ora _____

SI CERTIFICA CHE L' ESITO DEL TEST RAPIDO E'

POSITIVO

NEGATIVO

IL DIRETTORE SANITARIO

INFERMIERE PROFESSIONALE
