



**CONSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DI TEST SIEROLOGICO
SARS -Cov 2**

M1 Covid

Rev. 2

Emesso: 08/10/2021

PAZIENTE VACCINATO: SI NO DATA VACCINO _____

Il sottoscritto/a Sig./Sig.ra

Residente _____

Codice fiscale _____ Medico di famiglia _____

telefono _____ cellulare _____

mail _____

Documento di identità n° _____ del _____

Il test sierologico rileva la presenza di anticorpi SARS-COV-2 nelle persone che sono state vaccinate o in quelle che sono venute a contatto con il virus. Il dosaggio degli anticorpi SARS-COV-2 IgG è di tipo quantitativo. Il risultato del test (qualora positivo) verrà inserito dal laboratorio nelle 48 ore successive al prelievo nel Portale Covid della Regione Piemonte dove il suo medico potrà consultarne l'esito.

PAZIENTE VACCINATO: qualora il test rilevi la presenza di IgG indica avvenuta SIEROCONVERSIONE.

PAZIENTE NON VACCINATO: qualora il test rilevi la presenza di IgG/IgM si suppone avvenuta infezione virale, ma non si hanno informazioni in merito allo stato dell'infezione (già superata oppure in atto in forma asintomatica) e al grado di protezione.

In caso di risultato positivo in paziente NON vaccinato è necessario:

- Contattare subito il proprio Medico di Famiglia o Pediatra di libera scelta ed attenersi rigorosamente a quanto gli verrà comunicato, in base alla sua situazione clinica attuale e pregressa.
- Nel frattempo rispettare le regole contro la diffusione del virus (mascherina, distanziamento sociale, pulizia accurata delle mani)

DICHIARO di aver letto e compreso il significato del test sierologico e di impegnarmi a rispettare le misure previste in caso di positività per le IgG, consapevole dei rischi di diffusione della COVID-19 ad altre persone e delle possibili sanzioni a cui potrei incorrere.

DICHIARO inoltre di essere consapevole che le priorità nell'esecuzione dei tamponi necessari al servizio pubblico, a tutela della collettività, possono comportare ritardi anche importanti nella verifica virologica dell'eventuale tampone a cui sarò sottoposto.

DATA _____

Firma del responsabile del laboratorio o suo delegato

Firma del richiedente test sierologico
(o dei Genitori in caso di minore)
