

**CONSENSO INFORMATO e DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46-47-48 del D.P.R. 28/12/2000, n.445)

Prevenzione dal contagio Covid-19 (art. 1, n.7, lett.D del DPCM 11 marzo 2020)

**Relativo ai Test Covid-19, Sierologico Qualitativo, Quantitativo, Tampone RT-PCR e Tampone Antigenico**

**Io sottoscritto/a** (Cognome, Nome e dati completi come da Form compilato online),

*Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate all'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000*

**DICHIARO**

- Di essere attualmente in stato di buona salute o di avere, a riguardo, regolare prescrizione medica con dichiarazione del proprio medico curante certificante asintomaticità;
- Di non aver assunto farmaci che potrebbero alterare il mio stato di salute;
- Di non essere affetto, consapevolmente, da Covid-19 o sottoposto a quarantena domiciliare o isolamento fiduciario;
- Di non manifestare sintomi (rilevabili o meno) influenzali, parainflenzali o comunque compatibili con la situazione contingente denominata Covid19 (febbre, tosse, raffreddore, diarrea, alterazioni di gusto e/o olfatto, emicrania, otite, rinite, congiuntivite, etc);
- Di non essere entrato in contatto, consapevolmente, con persone affette da sintomi influenzali e/o parainflenzali negli ultimi 10gg;
- Di non essere entrato in contatto stretto con persone a cui è stato accertato o di cui è sospetto il contagio da Covid-19 e/o persone sottoposte a quarantena domiciliare negli ultimi 10gg.

**E ACCETTO LE SEGUENTI CONDIZIONI**

**SENZA ALCUNA RISERVA**

- L'esecuzione del test è esclusivamente in forma privata, a pagamento, su base volontaria e con piena assunzione della responsabilità dei risvolti del test stesso;
- In caso di esito **POSITIVO**, è dovere del paziente comunicare l'esito e copia del referto, per via telefonica e telematica, al più presto, al proprio medico curante. Non è possibile recarsi di persona presso gli ambulatori del medico curante ed è obbligatorio porsi da subito in auto-isolamento, in attesa delle indicazioni da parte del medico stesso. In questo modo si accelera anche il procedimento del protocollo di riferimento;
- Generalmente i campioni dei *Rapid Test* sono analizzati e refertati in circa 60/90 min, in funzione del flusso di persone; tali referti saranno inviati al paziente a mezzo WhatsApp o posta elettronica, previa comunicazione da parte del paziente (istruzioni precise e dettagliate saranno consegnate in accettazione). In caso di necessità il paziente potrà richiederne, in fase di accettazione, copia cartacea (in caso di esito POSITIVO è VIETATO recarsi personalmente presso lo studio. I referti saranno disponibili esclusivamente in digitale). I referti saranno inviati o consegnati al paziente, il quale dovrà conservarli accuratamente. Dot 41 non può conservare i referti, pertanto non è possibile richiederne nuovamente una copia a distanza di oltre 48h;
- I campioni sierologici Quantitativi e i Tamponi RT-PCR sono inviati ed elaborati presso un laboratorio analisi esterno;
- **Dot 41** NON è un laboratorio analisi;
- **Dot 41** NON può garantire sull'operato del vettore incaricato del trasporto alla sede di analisi;
- **Dot 41** NON può garantire sull'operato del laboratorio di analisi, sulla celerità o quant'altro fuori dal proprio controllo;
- Generalmente i campioni sono analizzati e refertati in NON meno di 2 giorni lavorativi; tali referti saranno disponibili ed inviati a mezzo posta elettronica NON prima delle ore 19:30 del giorno indicato;
- **Dot 41** non risponde e declina ogni responsabilità qualora il paziente si interfacci direttamente col Laboratorio di analisi aggirando la prassi;
- **IN CASO DI ESITO POSITIVO È OBBLIGO DEL PAZIENTE PORSI DA SUBITO IN AUTO-ISOLAMENTO, COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE AL PROPRIO MEDICO CURANTE IL RISULTATO DEL TEST PER VIA TELEFONICA E PROCURARGLI LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA CON MEZZI TELEMATICI;**
- **INOLTRE, IN CASO DI ESITO POSITIVO È RACCOMANDATO PROCEDERE CON UN TEST MOLECOLARE, IN FORMA PRIVATA PRESSO QUESTO STUDIO O COL SSN PREVIA SEGNALAZIONE AL PROPRIO CURANTE.**
- **L'ESITO POSITIVO SARÀ COMUNQUE SEGNALATO AGLI UFFICI COMPETENTI.**

**Io sottoscritto/a, a seguito di adeguata informazione,**

*Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 196/2003, che i dati personali anagrafici raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che verranno distrutti al termine dell'emergenza. I dati raccolti verranno conservati in luogo sicuro accessibile solamente dal Titolare del Trattamento.*

*Nessun dato sanitario relativo alla prestazione richiesta sarà conservato oltre il tempo necessario al ricevimento dello stesso.*

**Letto, compreso ed accettato.**