



## **INFORMAZIONI PER L'UTENTE**

### **Emergenza COVID-19: TEST MOLECOLARE SARS-CoV-2**

#### **Il Virus SARS-CoV-2 e la malattia Covid – 19**

Scopo del test cui sta per sottoporsi è verificare l'infezione da Virus Sars-Cov-2 Nuovo Coronavirus diffusosi prima in Cina nel corso dell'autunno del 2019 e poi in tutto il mondo, inclusa l'Italia, all'inizio del 2020. Si tratta di una pandemia di portata mondiale ancora in corso. Non si conosce ancora tutto del Virus in questione ma si è visto che può portare ad una compromissione anche grave in taluni soggetti dello stato di salute e un importante numero di decessi in tutto il mondo viene ricondotto attualmente alla Malattia COVID-19 prodotta dall'infezione da SARS-CoV-2.

#### **Quali sono i sintomi dell'infezione?**

I sintomi più comuni di Covid-19 sono febbre, stanchezza e tosse secca. Alcuni pazienti possono presentare indolenzimento e dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola, mal di gola o diarrea. Questi sintomi sono generalmente lievi e iniziano gradualmente. Nei casi più gravi, l'infezione può causare polmonite, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale e persino la morte.

#### **Quali sono le persone più a rischio di presentare forme gravi della malattia?**

Le persone anziane e quelle con patologie pre-esistenti, come ipertensione arteriosa, problemi cardiaci o diabete e i pazienti immunodepressi (per patologia congenita o acquisita o in trattamento con farmaci immunosoppressori, trapiantati) hanno maggiori probabilità di sviluppare forme gravi di malattia. A queste persone è raccomandato di non uscire dalla propria abitazione o di uscire solo in casi di stretta necessità.

#### **Cosa fare ove ci si trovi in una situazione di sospetta infezione**

Se si manifestano sintomi di tipo influenzale cautelativamente è necessario non lasciare il proprio domicilio prima di aver comunicato i propri sintomi al proprio medico ed attenendosi sempre alle indicazioni impartite dal Medico e dall'Autorità Sanitaria. Se si hanno dei dubbi sul proprio stato di salute e sulle misure precauzionali da prendere è possibile sempre fare riferimento al proprio medico di base oppure contattare il numero verde nazionale 1500 o il numero messo a disposizione dall'ASL territorialmente competente.

#### **Il TEST Molecolare SARS-CoV-2**

Scopo dell'esame a cui va a sottoporsi è dunque la ricerca del RNA di Sars-CoV-2 (2019-nCoV) al fine di confermare o meno la positività alla malattia COVID-19. Il risultato del test è attendibile anche se è possibile che in determinati casi possano prodursi falsi positivi o falsi negativi. Inoltre il test fotografa una situazione in un determinato momento e, data la grande contagiosità dimostrata dal Virus SARS-CoV-2, è possibile che anche in caso negativo un'infezione sia in corso in fase iniziale piuttosto che ci si infetti in un momento successivo al test. Anche per questo è necessario comprendere che è assolutamente necessario attenersi alle misure di contenimento della diffusione del virus e di protezione della propria salute impartite dall'autorità sanitaria quale che sia l'esito del test.



### **Metodologia di prelievo e di esecuzione del test**

L'esame consiste nella ricerca molecolare di sequenze virali specifiche di coronavirus (corona Sabercovirus SARS-CoV-2).

La matrice biologica da analizzare consiste in:

- Un tampone nasale o naso-faringeo per la ricerca del target molecolare nelle alte vie respiratorie;

Le metodiche molecolari prevedono la ricerca del target virale mediante estrazione dell'acido nucleico (RNA), successiva amplificazione tramite Real Time-PCR e rilevazione/identificazione di SARS-CoV-2 (2019-nCoV) tramite l'uso di sonde specifiche per i geni Sabercovirus (gene E), COVID-19 (gene RdRP) e COVID-19 (gene N).

In caso di esito positivo del Test La si sollecita a procedere immediatamente ad un autoisolamento evitando contatti con altre persone ivi inclusi i suoi familiari. **DEVE contattare immediatamente:**

1. il Suo medico curante;
2. Informare l'Autorità competente e sottoporsi alle misure di sorveglianza attiva e di distanziamento sociale prescritte.



**L'INTERESSATO/PAZIENTE**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**IL GENITORE/TUTORE**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO PER TEST MOLECOLARE SARS-CoV-2**

Io sottoscritto (**NOME E COGNOME**) \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa e:

**acconsento all'esecuzione del Test Molecolare per Virus SARS-CoV-2**

**non acconsento all'esecuzione del Test Molecolare per Virus SARS-CoV-2**

**DATA:**

**FIRMA INTERESSATO/PAZIENTE /GENITORE/TUTORE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA OPERATORE SANITARIO CHE HA RACCOLTO I DATI**

\_\_\_\_\_



## **CONSENSI PRIVACY**

**(Trattamento dei dati personali Artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679)**

### **1. 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**

### **2. INVIO FATTURA TRAMITE POSTA ELETTRONICA**

In relazione a quanto esposto nell'informativa per il trattamento dei dati personali attraverso il servizio di fatturazione tramite posta elettronica al fine dell'invio tramite posta elettronica delle fatture emesse conseguenti alle prestazioni richieste

**Do il consenso**

**Nego il consenso**

### **3. CONSEGNA REFERTO IN FORMATO ELETTRONICO**

In relazione a quanto esposto nell'informativa per il trattamento dei dati personali al fine della consegna dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste in formato elettronico

**Do il consenso**

**Nego il consenso**

### **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**

**Il cliente dichiara di aver ricevuto l'informativa per il Trattamento dei dati personali Artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679**

**DATA:**

**FIRMA INTERESSATO/PAZIENTE /GENITORE/TUTORE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA OPERATORE SANITARIO CHE HA RACCOLTO I DATI**