

 Ospedale San Camillo - Trento		<b>INFORMATIVA CONSENSO PER TAMPONE ANTIGENICO COVID-19</b>
CODICE	MOAQ_668	
REVISIONE	2	
DATA	20/05/2021	
PAGINA	1 di 1	

### TEST ANTIGENICO COVID\_19

Viene effettuato con tampone nasofaringeo, in caso di infezione permette di rilevare in pochi minuti la presenza dell'antigene SARS-CoV-2 responsabile del COVID\_19.

**Come per tutti i test, attualmente utilizzati per tale ricerca, positività e negatività sono affidabili ma non assoluti.**

**IN CASO DI RISULTATO POSITIVO la persona deve iniziare immediatamente il periodo di isolamento contattando il proprio medico di fiducia.**

La letteratura riconosce una maggiore sensibilità dell'esame nei soggetti sintomatici.

### ACCESSO ALLA PRESTAZIONE

L'Ospedale San Camillo ha predisposto un percorso dedicato per l'esecuzione di tale esame la cui prenotazione può essere effettuata al numero 0461.1433088 dal lunedì al venerdì (ore 8:00 - 16.00).

Il percorso "tamponi" prevede:

- **DIVIETO DI ACCESSO ALLA STRUTTURA** di utenze con sintomi specifici o contatto stretto di paziente positivo per COVID\_19, in tal caso le pratiche amministrative dovranno essere effettuate da un accompagnatore
- Accettazione e pagamento prestazione da effettuarsi presso lo sportello cassa
- Esecuzione del tampone nel locale dedicato nei pressi del cancello carrabile, in via Bonelli.

Il risultato del test è trasmesso al Dipartimento di Prevenzione dell'APSS come richiesto dall'ordinanza n°48 del 15 Ottobre 2020 del Presidente della Provincia Autonoma di Trento.

### PAGAMENTO

Il pagamento deve essere effettuato prima dell'esecuzione del tampone, all'apposito sportello cassa, esclusivamente mediante moneta elettronica (Bancomat o carta di credito)

### REFERTO

Il personale che provvede all'accettazione consegna le credenziali per la visualizzazione del referto online (Fast-TreC). Il referto sarà consultabile entro 2 ore dall'esecuzione del tampone.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Il/la sottoscritto/a Cognome, Nome \_\_\_\_\_  
 ( genitore/tutore di Cognome, Nome \_\_\_\_\_ )

**ACCONSENTO** al trattamento dei dati, comprendente la trasmissione informatica del referto sul Fascicolo Sanitario Elettronico, nel rispetto della normativa sulla privacy (GDPR 2016/679 e D.Leg. 196/2003).

Trento, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_