



CONSENSO INFORMATO PER IL TEST MOLECOLARE SARS-COV-2

IL PRELIEVO DEL TAMPONE ORO-FARINGEO/RINO-FARINGEO È UNA PROCEDURA CHE CONSISTE NEL PRELIEVO DELLE CELLULE SUPERFICIALI DELLA MUCOSA DELLA FARINGE POSTERIORE E DELLA RINOFARINGE, MEDIANTE UN PICCOLO BASTONCINO SINTETICO IN GRADO DI TRATTENERE MOLTO MATERIALE ORGANICO. Il prelievo viene eseguito in pochi secondi ed ha un'invasività minima, originando, al più, un leggero fastidio nel punto di contatto.

METODOLOGIA DI PRELIEVO La matrice biologica da analizzare consiste in: • tampone oro/faringeo o rino/faringeo (preferibile) per la ricerca del target molecolare nelle alte vie respiratorie;

TEMPI DI REFERTAIONE Per la realizzazione del referto si stima un tempo di attesa di 3 giorni lavorativi, decorrenti dal giorno in cui il campione perviene al laboratorio.

DIAGNOSTICA DI RIFERIMENTO L'esame consiste nella ricerca molecolare di sequenze virali specifiche di coronavirus (corona Sarbercovirus SARS-CoV-2). 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 primer specifici per i geni Sabercovirus (gene E), COVID-19 (gene RdRP) e COVID-19 (gene N).

IN CASO DI ESITO POSITIVO DEL TEST SI SOLLECITA A PROCEDERE IMMEDIATAMENTE AD UN AUTOISOLAMENTO EVITANDO CONTATTI CON ALTRE PERSONE IVI INCLUSI I PROPRI FAMILIARI E CONTATTARE:

1. il Suo medico curante;
2. il Servizio EMERGENZA COVID-19 dell'Azienda sanitaria Locale pubblica o il numero dell'Emergenza Covid-19 1500 per informare l'Autorità competente e sottoporsi alle misure di sorveglianza attiva e di distanziamento sociale prescritte.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EFFETTUATO AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (“REGOLAMENTO”)

In ottemperanza alla vigente normativa in materia di Trattamento dei Dati Personali, definita in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento UE 2016/679 (“**Regolamento**”), viene resa la presente informativa (“**Informativa**”) affinché Lei, in qualità di soggetto Interessato, possa conferire i Suoi Dati in modo consapevole ed informato e, in qualsiasi momento, richiedere chiarimenti ed esercitare i Suoi diritti.

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI



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

PAG. 2/3

Il titolare del Trattamento dei Suoi Dati Personali è **Centro di Diagnostica Clinica S.r.l.**, con sede legale in Napoli, Via degli Ortolani 64-74, CAP80144, P.I. 063591106397. Il Titolare ha designato un proprio Responsabile della Protezione dei dati personali (“**DPO**”), che può essere contattato all’indirizzo e-mail:cdcsp@pec.it, per tutte le questioni relative al trattamento dei Dati e all’esercizio dei diritti, che potranno essere esercitati ai sensi del GDPR.

Le informazioni acquisite completando il modulo di Consenso Informato in calce, nonché derivanti dall’esecuzione del Test, costituiscono dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (il “GDPR”) e del D. Lgs. 196/2003 (il “Codice Privacy”). Con riferimento ai dati personali derivanti dall’esecuzione del Test, si segnala che gli stessi appartengono alle categorie particolari di dati personali di cui all’articolo 9 del GDPR, e, nello specifico, costituiscono dati di natura biometrica e genetica in grado di fornire indicazioni sullo stato di salute della persona fisica che si sottopone al Test.

Io sottoscritto (NOME E COGNOME) _____ come sopra generalizzato, avendo compreso le informazioni specifiche che l’operatore sanitario mi ha fornito in relazione al TEST MOLECOLARE SARS-CoV-2 dichiaro di aver ricevuto un’informazione comprensibile e particolareggiata sull’analisi diagnostica propostami dall’operatore sanitario e pertanto

acconsento di essere sottoposto all’esecuzione del TEST MOLECOLARE SARS-COV-2

autorizzo al trattamento dei miei dati personali in base all’art.13 del D.Lgs 196/2003 e dell’art. 13 GDPR 679/16

Luogo, Data

Firma



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

PAG. 3/3

NOME COGNOME.....

LUOGO DI NASCITA

DATA.....

CODICE FISCALE.....

RESIDENZA.....

VIA

RECAPITO TELEFONICO

MEDICO CURANTE

INDIRIZZO EMAIL.....