

Farmacia \_\_\_\_\_

## SCHEDA CONSENSO INFORMATO PER TEST SIEROLOGICO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
medico di famiglia \_\_\_\_\_  
documento di identità n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

riceve le seguenti informazioni:

I test sierologici che rilevano gli anticorpi contro la SARS-CoV-2 nelle persone, **necessitano di ulteriori convalide per determinarne l'accuratezza e l'affidabilità**,

**Test imprecisi possono classificare erroneamente le persone in due modi:**

- negativi: persone che sono state infettate ma che risultano negative al test
- falsi positivi: persone che non sono state infettate ma che risultano positive al test

**Entrambi gli errori hanno gravi conseguenze sulla diffusione del virus ad altre persone**, in quanto possono dare una falsa sicurezza sul proprio stato di infettività.

I Test IgM non offrono, al momento, sufficienti garanzie per l'individuazione di infezioni da COVID in corso. Pertanto se ne sconsiglia l'esecuzione e si ricorda che un risultato positivo al test IgM non prevede interventi da parte del Servizio Sanitario Regionale

In caso il test rilevi la presenza di IgG cioè l'evidenza di una infezione virale non vi sono comunque informazioni se questa sia già superata, ancora presente pur in assenza di sintomi e se la persona sia protetta e per quanto tempo da una successiva infezione.

In altre parole, **il test positivo non può dare una patente di immunità**

Pertanto, qualora si rilevi una positività alle IgG, l'individuo asintomatico è potenzialmente "sospetto" di infezione COVID-19 e questi deve immediatamente:

- **iniziare l'isolamento fiduciario presso il proprio domicilio o altro luogo indicato;**
- **porre la massima attenzione nell'adottare le misure** (mascherina, distanziamento sociale) nei confronti dei propri conviventi;
- **contattare il proprio medico di famiglia**, per essere sottoposto a tampone oro-rino-faringeo;
- **avvisare il medico competente dell'Azienda o dell'Ente presso il quale lavora** della misura di isolamento fiduciario applicata.

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

Luogo e data:

Firma del responsabile della farmacia  
o suo delegato

Firma del richiedente test sierologico