

ANALISI SIEROLOGICA PER LA DETERMINAZIONE DI ANTICORPI IGG SARS-CoV-2 S-RBD

ESPRESSIONE DI CONSENSO INFORMATO

(DA CONSEGNARE COMPILATO E FIRMATO AL LABORATORIO AL MOMENTO DEL PRELIEVO)

La/il sottoscritta/o _____ C.F. _____

Nata/o a _____ Prov _____ Il _____ / _____ / _____

residente a _____ Via _____ n. _____

e reperibile al seguente recapito telefonico diretto (*) _____ mail (*) _____

data inizio sintomi (se presenti*) _____ (*) *questi dati sono obbligatori per comunicazioni inerenti agli esiti dei test*

DICHIARA

- di essere a conoscenza della volontarietà di adesione a tutto il percorso descritto nella nota informativa
- A differenza del normale test sierologico per anticorpi IgG, questo nuovo test sierologico è in grado di ricercare i nuovi **anticorpi neutralizzanti Covid-19**, gli anticorpi anti-RBD della proteina spike (proteina s), grazie a una maggior specificità verso la ricerca di tali anticorpi nel sangue. Gli anticorpi specifici per la porzione RBD della proteina Spike (S1) del Coronavirus – detti anche **anticorpi neutralizzanti** – si sviluppano in risposta all'infezione naturale o alla vaccinazione e *hanno un ruolo protettivo*. Infatti si legano al virus e hanno la capacità di neutralizzarlo. A livello clinico, la sensibilità è al 100% e la specificità è del 99.6%.
- Questo test è rivolto a:
 - soggetti vaccinati, 10-15 giorni dal completamento del ciclo vaccinale
 - soggetti che hanno contratto l'infezione da SARS-CoV-2, 7-10 giorni dal termine dell'infezione.

ACCONSENTE

- all'esecuzione di un prelievo di sangue venoso per la determinazione di anticorpi anti-SARS-CoV-2 RBD tramite dosaggio quantitativo IgG, *MAGLUMI SARS-CoV-2 S-RBD* ditta SNIBE con metodica CLIA.

DICHIARA INOLTRE,

- **Di essere stato sottoposto a Vaccino** _____ **in data: 1a dose** _____ **2a dose** _____
- **Di aver contratto l'infezione** **NO** **SI (il tampone molecolare è risultato negativo in data _____)**

Se il test risulta positivo alle IGG RBD e il paziente non è stato vaccinato né è a conoscenza di aver contratto il virus (ovvero non è disponibile l'ultimo tampone molecolare negativo), rispettando quanto stabilito dalla circolare del Ministero della Salute 0016106-09/05/2020-DGPRE-DGPRE-P e DGR n. XI/3131 del 12/05/2020 Allegato 1, nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy,

- all'invio, sia negativo che positivo, del risultato del test sierologico e del tampone molecolare, all'Azienda Tutela Salute (ATS) di residenza;
- all'isolamento domiciliare a seguito di positività del test sierologico e positività del test molecolare, fino all'esito negativo di quest'ultimo.
- Presto altresì l'assenso all'utilizzo dei miei dati personali sopra riportati per ogni finalità connessa all'esecuzione dei test in oggetto e agli esiti conseguenti, nel rispetto delle disposizioni nazionali ed europee come emendate per le esclusive necessità di affronto dell'emergenza COVID-19. Inoltre do il mio assenso a ricevere via SMS, al numero sopra riportato, eventuali notifiche riguardando gli esiti dei test eseguiti

Luogo _____, il _____ Firma del paziente _____

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI PAZIENTE MINORE O INCAPACE

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____

in osservanza dell'art.76 del DPR 28/12/2000, n. 445 (dichiarazioni non veritiere) e dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n. 445 (sostituzione delle normali certificazioni)

DICHIARIAMO DI ESSERE:

GENITORI

TUTORI/E

Firma (leggibile) * _____

Firma (leggibile) _____

** se uno dei genitori è assente, firmare e motivare l'assenza, assumendo la responsabilità dell'atto (art.317 del codice civile)*