

Unità Operativa di Laboratorio

NORME DI PREPARAZIONE

SARS-COV-2 ANTICORPI IGG

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPOLOSAMENTE ALLE NORME RIPORTATE

NON È NECESSARIO IL DIGIUNO. SI CONSIGLIA DI EFFETTUARE UNA COLAZIONE LEGGERA, SE PRELIEVO EFFETTUATO AL MATTINO, OPPURE PRANZO LEGGERO, SE IL PRELIEVO È EFFETTUATO AL POMERIGGIO

IL GIORNO DELL'ESAME, RIPORTARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO.

CONSENSO INFORMATO
per anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV2

Il sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
domiciliato a _____ in via _____ n. ___ cap _____
codice fiscale _____ telefono _____
nome medico curante _____ città _____

DICHIARA

- a) di aver letto e compreso il significato del test sierologico per rilevare, nel siero e nel plasma, la presenza di anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV2 e del protocollo a cui sarà necessario sottoporsi in caso di risultato positivo (ad eccezione dei dosaggi successivi a vaccinazione)
- b) di aver letto e compreso il foglio informativo e il presente modulo di consenso Informato, nonché dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali
- c) di volersi sottoporre volontariamente all'esecuzione del test sierologico
- d) di doversi sottoporre a tampone naso-faringeo in caso di risultato dubbio o positivo al test sierologico (ad eccezione dei dosaggi successivi a vaccinazione)
- e) di assumersi la responsabilità di restare in isolamento domiciliare fiduciario in caso di esito dubbio o positivo fino all'esecuzione obbligatoria del tampone nasofaringeo e al suo esito
- f) di assumersi la responsabilità di restare in isolamento domiciliare obbligatorio in caso di esito positivo del tampone nasofaringeo
- g) di essere consapevole che in caso di rifiuto all'esecuzione del tampone naso-faringeo verranno allertate le Autorità Sanitarie competenti (ATS)
- h) di comunicare al proprio medico curante, responsabile per gli aspetti sanitari del percorso, il valore del test sierologico, se positivo, e, ove effettuato, l'esito del tampone naso-faringeo, se positivo.

in relazione all'esecuzione di tampone rinofaringeo da eseguire a seguito di rilevazione di IgG anti SARS-Cov-2 dubbie o positive:

- di essere a conoscenza che Humanitas Mater Domini è accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale e che quindi è possibile erogare tale prestazione con specifica esenzione, senza oneri a proprio carico
- di scegliere liberamente l'esecuzione della prestazione in regime privatistico

CHIEDE E ACCETTA

di sottoporsi al prelievo di sangue per l'esecuzione del test sierologico per la ricerca di anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV2 e a quanto previsto nella informativa e di aver letto le informazioni sottoelencate:

- il risultato NEGATIVO (<33,8 BAU/mL) o non reattivo per anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV2 implica l'assenza di risposta immunitaria e la necessità, per proteggersi da un eventuale contagio, di attenersi scrupolosamente ai comportamenti responsabili suggeriti dalle Autorità Sanitarie regionali
- il risultato POSITIVO ($\geq 33,8$ BAU/mL) per anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV2 indica il probabile contagio pregresso e non esclude la possibilità di infezione in corso

i) In caso di risultato positivo, la Deliberazione n. XI/3131 del 12/05/2020 di Regione Lombardia stabilisce che sia verificata la contagiosità mediante ricerca dell'RNA virale con tecnica molecolare (da tampone naso-faringeo); pertanto, ad eccezione dei dosaggi successivi a vaccinazione, il paziente dovrà sottoporsi alla misura dell'isolamento domiciliare fiduciario e verrà contattato telefonicamente per sottoporsi al tampone naso-faringeo per la ricerca dell'RNA virale. Inoltre, la medesima deliberazione impone che, in caso di risultato POSITIVO per anticorpi IgG, i dati anagrafici del paziente, il telefono, il risultato del test sierologico, la data di avvio dell'isolamento fiduciario e la data prevista per l'effettuazione del tampone siano comunicati da parte di Humanitas Mater Domini alle Autorità Sanitarie competenti (ATS).

Luogo e data: _____

Firma: _____

CONSENSO INFORMATO
PAZIENTE MINORENNE
per anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV2

ANAGRAFICA DEL MINORE

Nome e Cognome _____
nato/a a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____
Documento di identità n° _____
nome pediatra _____ città _____

Il sottoscritto (padre) _____ nato a _____
_____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____
Documento di identità n° _____

e la sottoscritta (madre) _____
nata a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____
Documento di identità n° _____

DICHIARANO

- a) di aver letto e compreso il significato del test sierologico per rilevare, nel siero e nel plasma, la presenza di anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV2 e del protocollo a cui sarà necessario che il figlio/tutorato legale si sottoponga in caso di risultato positivo (ad eccezione dei dosaggi successivi a vaccinazione)
- b) di aver letto e compreso il foglio informativo e il presente modulo di consenso Informato, nonché dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali
- c) di voler sottoporre il figlio/tutorato legale all'esecuzione del test sierologico
- d) di voler sottoporre il figlio/tutorato legale a tampone naso-faringeo in caso di risultato dubbio o positivo al test sierologico (ad eccezione dei dosaggi successivi a vaccinazione)
- e) di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale di restare in isolamento domiciliare fiduciario in caso di esito dubbio o positivo fino all'esecuzione obbligatoria del tampone nasofaringeo e al suo esito
- f) di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale di restare in isolamento domiciliare obbligatorio in caso di esito positivo del tampone nasofaringeo
- g) di essere consapevoli che in caso di rifiuto all'esecuzione del tampone naso-faringeo verranno allertate le Autorità Sanitarie competenti (ATS) e il pediatra di libera scelta del figlio/tutorato legale
- h) di comunicare al pediatra di libera scelta del proprio figlio/tutorato legale, responsabile per gli aspetti sanitari del percorso, il valore del test sierologico, se positivo, e, ove effettuato, l'esito del tampone naso-faringeo, se positivo

- i) in caso di firma di un solo genitore, di aver acquisito il consenso alla presente prestazione da parte dell'altro genitore e di essere consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

in relazione all'esecuzione di tampone rinofaringeo da eseguire a seguito di rilevazione di IgG anti SARS-Cov 2 dubbie o positive:

- di essere a conoscenza che Humanitas Mater Domini è accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale e che quindi è possibile erogare tale prestazione con specifica esenzione, senza oneri a proprio carico
- di scegliere liberamente l'esecuzione della prestazione in regime privatistico

CHIEDONO E ACCETTANO

di sottoporre il proprio figlio/tutorato legale al prelievo di sangue per l'esecuzione del Test Sierologico per la ricerca di anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV2 e a quanto previsto nella informativa e di aver letto le informazioni sottoelencate:

1. il risultato NEGATIVO (<33,8 BAU/mL) per anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV2 implica l'assenza di risposta immunitaria e la necessità per il proprio figlio/tutorato legale, per proteggersi da un eventuale contagio, di attenersi scrupolosamente ai comportamenti responsabili suggeriti dalle Autorità Sanitarie regionali
2. il risultato POSITIVO ($\geq 33,8$ BAU/mL) per anticorpi IgG anti-Coronavirus SARS-CoV2 indica il probabile contagio pregresso e non esclude la possibilità di infezione in corso

In caso di risultato dubbio positivo, la Deliberazione n. XI/3131 del 12/05/2020 di Regione Lombardia stabilisce che sia verificata la contagiosità mediante ricerca dell'RNA virale con tecnica molecolare (da tampone naso-faringeo); pertanto, ad eccezione dei dosaggi successivi a vaccinazione, il proprio figlio/tutorato legale dovrà sottoporsi alla misura dell'isolamento domiciliare fiduciario e verrà contattato per sottoporsi al tampone naso-faringeo per la ricerca dell'RNA virale. Inoltre, la medesima deliberazione impone che, in caso di risultato POSITIVO o reattivo per anticorpi IgG, i dati anagrafici del proprio figlio/tutorato legale, il telefono, il risultato del test sierologico, la data di avvio dell'isolamento fiduciario e la data prevista per l'effettuazione del tampone siano comunicati da parte di Humanitas Mater Domini alle Autorità Sanitarie competenti (ATS).

Luogo e data _____

Firma padre leggibile _____

Firma madre leggibile _____

N.B.: Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia non autenticata di entrambi i documenti di identità dei sottoscrittori.