

Farmacia	<b>CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEI TEST PER LA RILEVAZIONE DELLO STREPTOCOCCO</b>
----------	--

Il Protocollo d'intesa siglato in data 28 luglio 2022 tra Governo, Regioni e Province autonome e FEDERFARMA, ASSOFARM e FARMACIEUNITE, consente in particolare la somministrazione dei test diagnostici che prevedono il prelievamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo. Tutti i campioni e gli accessori usati, dovendo essere trattati come infettivi, vengono smaltiti secondo la normativa vigente.

**NOTE INFORMATIVE SUL TEST PER LA RILEVAZIONE DELLO STREPTOCOCCO**

- 1) Questo test è indicato per la rilevazione del batterio *Streptococcus pyogenes* chiamato anche *Streptococco Beta-emolitico di gruppo A*;
- 2) Le prestazioni del test dipendono dalla carica batterica e potrebbero non essere correlate ai risultati della coltura batterica eseguiti sullo stesso campione;
- 3) Se il risultato del test è negativo ma i sintomi clinici persistono, si consiglia di ripetere il test e di utilizzare altri metodi diagnostici;
- 4) In caso di positività le suggeriamo di informare tempestivamente il suo Medico Curante per valutare le terapie più adeguate;
- 5) Una diagnosi clinica definitiva non può essere basata sui risultati di un singolo test, ma deve essere posta da un Medico, solo dopo aver valutato il pannello più ampio possibile di rilievi clinici e diagnostici.
- 6) Il farmacista o suo incaricato operatore sanitario, prima dell'esecuzione del test, ha fornito informazioni adeguate all'utente, anche in forma orale, sulla tipologia di test da somministrare, su eventuali rischi e sul significato dell'esito positivo o negativo, consegnando referto o attestato di esito scritto all'assistito, anche in formato digitale.

**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Contatto telefonico \_\_\_\_\_

**DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE/INCAPACE**

In qualità di genitore/tutore legale di \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

in qualità in genitore / tutore legale / soggetto affidatario del minore sopra generalizzato,  
ACCONSENTE all'effettuazione su di esso del test oro-faringeo per la ricerca dello streptococco.

dichiara di avere letto la presente informativa e di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere dei test di screening, inclusi gli scopi e i possibili rischi.

Presto il consenso informato all'esecuzione del seguente test: \_\_\_\_\_

Data	Firma leggibile
------	-----------------

**IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRA L'ESECUZIONE DELL'ESAME**

Esprimo il consenso a **ricevere il referto** del test tramite e-mail o Whatsapp o altra applicazione di messaggistica istantanea come indicato sopra (consenso necessario per ricevere il referto telematico)  
Vedi l'INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Firma \_\_\_\_\_