

Farmacia

**CONSENSO INFORMATO PER
L'EFFETTUAZIONE
DEI TEST PER LA RILEVAZIONE DELLO
STREPTOCOCCO**

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 prelevamento 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-emorlitico 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 _____

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ____/____/____ Cod. Fiscale _____

Email _____ Contatto telefonico _____

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE/INCAPACE

In qualità di genitore/i-tutore/i legale/i 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/no 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/iamo il consenso informato all'esecuzione del seguente test

Data

Firma/e leggibile/i

IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ESAME

Qualora il consenso in oggetto venga firmato da un solo genitore, visti gli artt. 316, comma 1, 337 ter, comma 3, e 337 quater del Codice Civile, si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.