

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO AL TEST PER LA RILEVAZIONE DELLO STREPTOCOCCO SU MINORE

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.

CONSENSI E DICHIARAZIONI

Al fine di sottoporsi all'esame, il sottoscritto _____

Residente in: _____

Cell: _____; Mail: _____

In qualità di (genitore, tutore, soggetto affidatario...) di _____:

Nome: _____ Cognome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Acconsente all'esecuzione del test per la rilevazione dello streptococco. A tal fine:

- dichiara di aver ricevuto e di averne compreso il significato informazioni sulla tipologia del test che sarà somministrato, sulle modalità di esecuzione del test diagnostico, su eventuali rischi, sul significato del risultato del test;
- manifesta la volontà a sottoporsi all'esecuzione del test diagnostico presso la farmacia _____;
- esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Firma _____ data _____

Dichiaro di aver preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento 679/2016/UE G.D.P.R. esposto in farmacia. I presenti dati sono raccolti esclusivamente per le finalità strettamente connesse all'esecuzione del test diagnostico.

Firma _____ data _____