

INFORMATVA AL CITTADINO SUL PROGETTO DI RICERCA DELL'ANTIGENE SARS-COV-2 NEI CITTADINI ASSISTITI IN REGIONE MARCHE

Gentile Sig./Sig.ra

Nome e Cognome)

Nato a il

Residente in via/piazza

Città Provincia (.....)

Cellulare.....

desideriamo darLe informazioni dettagliate sulla partecipazione al progetto di "screening" promosso dalla Regione Marche mirato alla ricerca di antigene SARS-CoV-2 nei cittadini assistiti in regione marche.

L'offerta dell'accertamento della positività attraverso il tampone rapido può riguardare anche la popolazione minore collaborante, previo consenso dei genitori/tutori/soggetti affidatari dei minori, uno dei quali deve presenziare all'esecuzione dello stesso.

Prima che Lei prenda la decisione di accettare o rifiutare di partecipare, La preghiamo di leggere queste pagine con attenzione, prendendo tutto il tempo di cui ha bisogno e di non esitare a chiedere chiarimenti qualora avesse bisogno di ulteriori precisazioni.

INTRODUZIONE

L'infezione causata da nuovo coronavirus, chiamato SARS-CoV-2, può manifestarsi con diversi segni e sintomi: i più frequenti interessano il tratto respiratorio con forme che possono essere lievi o di crescente gravità fino a causare polmonite severa e sindrome respiratoria acuta grave. l'indice di un avvenuto contatto con il virus da parte dell'organismo è la presenza dell'antigene SARS-Cov-2.

L'utilizzo di tamponi antigenici rapidi permette di identificare se le persone sono entrate in contatto con il virus SARS-CoV-2.

PROMOTORE DEL PROGETTO

Il progetto è promosso dalla Regione Marche e viene realizzato in collaborazione con le Farmacie convenzionate situate nel territorio regionale.

SCOPI DELLO " SCREENING "

Possibilità di individuare le persone che hanno contratto il virus e sono asintomatiche e, conseguentemente, di impedire la nascita di focolai di COVID-19. In caso di positività il cittadino sarà contattato dal Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente per eseguire il tampone molecolare nasofaringeo che potrà rilevare l'eventuale presenza del virus SARS-CoV-2.

PARTECIPAZIONE ALLO SCREENING

La partecipazione allo "screening" comporta:

- 1) la rilevazione in Farmacia - attraverso l'esecuzione da parte del cittadino sotto l'egida delle Farmacie convenzionate, del tampone rapido - della presenza dell'antigene SARS-CoV-2;
- 2) la consegna da parte del cittadino del modulo di consenso alla partecipazione di minore all'esecuzione del test;
- 3) la compilazione, anche con acquisizione automatica di dati, da parte del farmacista di:

- dati anagrafici
- codice fiscale
- numero di cellulare per successivi eventuali contatti da parte dell'ASUR;
- conferma di assenza di febbre;

4) in caso di rilevazione di positività, Lei sarà contattato, via cellulare, dal Servizio di Sanità Pubblica, fino a quel momento Lei è richiesto di restare in isolamento presso il Suo domicilio evitando i contatti con altre persone.

COMUNICAZIONE E SIGNIFICATO DEI RISULTATI

Se il test sarà positivo vorrà dire che Lei è entrato in contatto con il Virus. Il Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR territorialmente competente provvederà a contattarla telefonicamente per l'indagine epidemiologica e fornirLe le indicazioni del caso.

TIPO DI PARTECIPAZIONE

Il test è a pagamento.

Data

.....

Firma per accettazione

.....

Si autorizza la spedizione dell'esito del Tampone rapido al seguente indirizzo mail:

.....

Firma

.....