

22 maggio 2020

## Programma di screening Covid-19 - INFORMATIVA al PAZIENTE

Gentile Signora/ Egregio Signore,

a fronte dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 l'Istituto Clinico Quarenghi, nel rispetto delle modalità operative stabilite da Regione Lombardia con D.G.R. XI/3131 del 12.05.2020 e s.m.i., **rende disponibile, su base volontaria, un Programma di screening COVID-19 per la ricerca di anticorpi anti-SARS-COV2 mediante TEST SIEROLOGICO**, di cui si delineano di seguito le modalità operative:

### SIGNIFICATO E TIPOLOGIA DI TEST SIEROLOGICO

Secondo quanto contenuto nella Circolare del Ministero della Salute 0016106-09/05/2020-DGPRES-DGPRES-P, i test sierologici rappresentano uno strumento importante nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale, in quanto consentono di *stimare la diffusione del contagio in una comunità, di evidenziare l'avvenuta esposizione al virus e di essere utili per l'identificazione dell'infezione da SARS-CoV-2 in individui asintomatici o con sintomatologia lieve o moderata che si presentino tardi all'osservazione clinica.*

L'Istituto al fine di determinare **la sieroprevalenza degli anticorpi IgG anti-SARS-CoV-2** eseguirà l'indagine con **prelievo venoso di sangue mediante metodo "CLIA"** contraddistinto per maggiore specificità e sensibilità ed in grado di fornire **un dato quantitativo**, eventualmente ricontrrollabile nel tempo, comparabile con i test di screening condotti dal Ministero della Salute e da Regione Lombardia.

La refertazione dei campioni ematici, così come dei tamponi naso faringei, è curata dal **Laboratorio Analisi esterno SYNLAB**, convenzionato con l'Istituto, accreditato ed inserito nella rete lombarda dei Laboratori per Covid-19.

### ESECUZIONE DELL'INDAGINE ED ADEMPIMENTI CORRELATI

L'esito dell'indagine sierologica è determinante in quanto **la positività al test sierologico comporterà necessariamente l'ESECUZIONE DEL TAMPONE NASO FARINGEO per la ricerca del RNA virale, con contestuale isolamento domiciliare fiduciario e comunicazione del caso sospetto all'ATS di residenza che avvierà la sorveglianza del paziente, così come dei suoi contatti stretti**, ai sensi delle misure anti-contagio in vigore. Sarà prenotato successivamente al riscontro della positività del test sierologico.

### ACCESSO AL SERVIZIO

#### TARIFE PRIVATE PER LE SEGUENTI PRESTAZIONI

- TEST SIEROLOGICO € 40,00
- TAMPONE (TEST MOLECOLARE) € 80,00

PER PRENOTARE È PREFERIBILE **SCRIVERE ALL'INDIRIZZO:** [cup.ccr@clinicquarenghi.it](mailto:cup.ccr@clinicquarenghi.it)

In alternativa:

**TELEFONARE** al n. 0345/25111 da lunedì a domenica dalle 9.30 alle 20.30

### CONSEGNA DEL REFERTO

- a mezzo **e-mail** (se dato il consenso - si veda sotto) o per posta
- **ritiro diretto** presso la Reception.



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO Programma di screening COVID-19

Cognome e nome ..... F  M 
nato/a..... prov..... il .....
residente a .....prov..... in via .....N° .....
Tel ..... Email: ..... C.F. ....

Dopo aver ricevuto l'Informativa al Paziente relativa al Programma di screening COVID-19 cui intende sottoporsi, avendola letta, compresa ed aver avuto ampio tempo e opportunità per porre domande e ottenere risposte soddisfacenti dal personale medico circa la patologia oggetto di indagine e il test che sarà effettuato, preso atto di utilità, limiti e modalità di esecuzione dell'analisi proposta, consapevole del fatto che la stessa analisi è su base volontaria e che il consenso potrà essere ritirato in qualsiasi momento e senza alcuna conseguenza

ACCETTA  RIFIUTA

- il prelievo di sangue venoso, consapevole del fatto che, seppur in rari casi, sono possibili lievi complicanze (gonfiore, ematoma o infezione della zona di prelievo o sincope)

ACCETTA  RIFIUTA

- l'analisi del titolo di immunoglobuline di classe G rivolte verso il virus SARS-CoV-2

DICHIARA inoltre di:

- aver letto e compreso i contenuti dell'Informativa Privacy per l'esecuzione di Test Sierologici resa dall'Istituto ai sensi dell'art. 13, Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") e della normativa europea e nazionale che lo integra e/o lo modifica ("Normativa Privacy Applicabile")
- essere consapevole che, ai sensi della D.G.R. XI/3131 del 12.5.2020, potrà essere ricontattato per ulteriori accertamenti sul proprio stato di salute, nonché per l'avvio dell'indagine epidemiologica e sorveglianza sanitaria da parte di ATS e in adempimento alle prescrizioni in base a cui il referto positivo al test sierologico deve essere comunicato alla ATS di residenza e comporta l'avvio del percorso di sorveglianza di caso sospetto fino all'esito del Tampone Naso Faringeo.
- di aver compreso che in caso di positività al test sierologico è obbligatorio proseguire il programma di screening con test di rilevazione molecolare del RNA virale tramite Tampone Naso Faringeo.
- prestare il proprio consenso facoltativo al fine di concedere la condivisione dei dati clinici e immunologici in forma pseudo-anonima (solo il Titolare del Trattamento Dati può risalire ai suoi dati anagrafici), con altri gruppi di ricerca accreditati, o per pubblicazione scientifiche, atti congressuali e scopi didattici  SI  NO
- di voler ricevere il referto per posta al seguente indirizzo .....
- di voler ricevere il referto via e-mail al seguente indirizzo .....

Luogo: ..... Data: ...../...../..... Firma .....

Il Medico che raccoglie la dichiarazione:

dott. Daniele Bosone

Firma .....