

TAMPONE NASO FARINGEO COVID 19

Il tampone naso-faringeo è un esame diagnostico complesso finalizzato a individuare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe. La positività indica pertanto che si è in fase di infezione attiva e che probabilmente siamo in grado di trasmettere l'infezione.

L'esito dell'esame deve essere valutato dal Suo medico curante, che provvederà ad attivare le procedure previste dalle Autorità Sanitarie Competenti. In caso di positività le verrà pertanto richiesto dalle Autorità Sanitarie competenti di sottoporsi ad isolamento domiciliare obbligatorio e la domiciliazione fiduciaria per i conviventi e contatti stretti e dovrà rispettare le regole indicate dal Ministero della Salute e dalla Presidenza di Regione Lombardia per una efficace prevenzione della diffusione del coronavirus.

Tempi di refertazione: Per la realizzazione del referto si stima un tempo di attesa massimo di 7 giorni lavorativi,

MODALITA' RITIRO REFERTI: ESCLUSIVAMENTE ON LINE: Soterikon richiede al paziente l'autorizzazione a rendere disponibile la consultazione telematica dei propri esami ematochimici effettuati presso Soterikon sul portale del laboratorio analisi areaservice.synlab.it. La notifica della disponibilità del referto verrà inviata all'indirizzo e.mail fornito dal paziente.

Per la verifica dell'identità del paziente e la successiva attivazione dell'account personale, verrà richiesta la conferma del numero di telefono cellulare, che dovrà corrispondere con quello indicato nella presente richiesta e consegnato direttamente a mano all'operatore di Soterikon in occasione del prelievo. A questo numero di cellulare verrà inviato un codice di verifica tramite SMS (costo del SMS non a carico dell'utente). Verificata l'identità sarà possibile impostare una password personale per la consultazione e il download del referto, che sarà disponibile per un tempo limitato

La lettura e l'interpretazione dell'esame sono di esclusiva competenza del Suo medico curante, a cui dovrà fare pervenire l'esito nel più breve tempo possibile. Qualunque sia il risultato è necessario continuare a seguire le misure di contenimento previste dalla legge e rivolgersi al proprio medico curante

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il ____/____/
codice fiscale _____

Indirizzo di residenza: _____
Città _____ CAP _____ Provincia (____)

in qualità di

ME STESO GENITORE TUTORE

di (da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)

nome e cognome _____,
nato/a a _____, il _____,
codice fiscale _____

DICHIARO di aver letto e compreso l'informativa e

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – Tampone Naso Faringeo finalizzato a individuare la presenza del virus SARS-CoV-2 e si impegna a comunicare tempestivamente l'esito dell'esame effettuato al proprio medico curante, non appena ricevuto

Allegati: Copia documento di identità

Data _____

Firma (Leggibile) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI Art.7 e 8 Reg.EU 2016/679 Dichiaro di aver ricevuto e compreso le informazioni contenute nell'informativa Regolamento (UE) 2016/679, presente anche sul sito www.soterikon.it e consapevole che il trattamento riguarderà in particolare i dati personali e sensibili, PRESTO libero, consapevole, informato e specifico CONSENSO al trattamento ,anche con strumenti informatici e/o elettronici, dei dati personali e sensibili limitatamente ai servizi richiesti e necessari a Soterikon srl.

Firma per ricevuta ed accettazione _____

CONSENSO INFORMATO – REFERTI ON LINE

Soterikon richiede al paziente l'autorizzazione a rendere disponibile la consultazione telematica dei propri esami ematochimici effettuati presso Soterikon sul portale del laboratorio analisi areaservice.synlab.it

La notifica della disponibilità del referto verrà inviata all'indirizzo e.mail fornito dal paziente.

Per la verifica dell'identità del paziente e la successiva attivazione dell'account personale, verrà richiesta la conferma del numero di telefono cellulare, che dovrà corrispondere con quello indicato nella presente richiesta e consegnato direttamente a mano all'operatore di Soterikon in occasione del prelievo. A questo numero di cellulare verrà inviato un codice di verifica tramite SMS (costo del SMS non a carico dell'utente)

Verificata l'identità sarà possibile impostare una password personale per la consultazione e il download del referto, che sarà disponibile per un tempo limitato

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO:

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____/____/____

DICHIARA

- di impegnarsi a comunicare a Soterikon tempestivamente ogni potenziale condizione o fatto accaduto che comporti un possibile rischio per la riservatezza dei propri dati personali;
- di sollevare Soterikon srl e tenerlo indenne da qualsiasi responsabilità derivabile in dipendenza della modalità di comunicazione testè adottata;
- di autorizzare Soterikon srl al trattamento dei dati comunicati nella presente al fine di ottenere copia della propria documentazione sanitaria, nelle modalità sopra descritte e ai sensi e per gli effetti del GDPR (UE 2016/679) e del D.lgs. 196/03
- di autorizzare all'invio della notifica della disponibilità del referto al recapito di posta elettronica fornito di seguito:

_____ @ _____

(scrivere in stampatello maiuscolo l'indirizzo di posta elettronica – INSERIRE SOLO UNA LETTERA O SIMBOLO NEL SINGOLO SPAZIO)

- di autorizzare l'utilizzo del seguente numero di telefono cellulare per la verifica della propria identità:

(inserire un solo numero in ogni spazio, senza prefisso internazionale +39)

La richiesta può essere processata esclusivamente prima dell'effettuazione del prelievo, all'atto dell'accettazione, previa verifica della propria identità da parte dell'operatore di Soterikon. Non saranno accettate richieste incomplete o illeggibili o fornite da terzi.

Data _____/_____/_____

Firma _____