

PROCEDURA AZIENDALE
" PER LA MAPPATURA DI SIEROPREVALENZA Ig G (SARS-CoV-2)"

Procedura n. 7/2020
Rev. n° 00
13 maggio 2020
Pagina 8 di 11

ALLEGATO 1

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO
Regione Lazio: test sierologici operatori sanitari e forze dell'ordine

Nell'ambito delle attività di controllo dell'epidemia Covid-19, la Giunta Regionale del Lazio con Deliberazione 24 aprile 2020, n. 209 ha avviato un programma per l'esecuzione di test sierologici su operatori sanitari, delle Forze dell'Ordine nella Regione Lazio e in specifici contesti di comunità all'interno di indagini di sieroprevalenza. La invitiamo a prendere parte a questo programma.

Cosa sono i test sierologici

Quando una persona è contagiata dal virus SARS-Cov2, il coronavirus che causa la malattia COVID-19, nel suo sangue compaiono dopo pochi giorni gli anticorpi. La rilevazione di questi anticorpi che permangono nel sangue per un periodo di tempo più o meno lungo, anche ad avvenuta guarigione, avviene attraverso il ricorso ai test sierologici. Considerato che nella maggioranza dei casi l'infezione si manifesta con sintomi lievi o assenti si ritiene utile l'utilizzo di test sierologici, anche se al momento non sono molto accurati, per capire quanto si è diffuso il virus dall'inizio dell'epidemia.

Cosa significa un test sierologico positivo

Un test sierologico positivo indica il fatto che l'organismo è venuto a contatto con il virus SARS-Cov2. Una persona con un test positivo si deve sottoporre ad un tampone nasofaringeo per escludere che ci sia un'infezione in atto. Se il test sierologico è positivo ed il tampone negativo vuol dire che l'infezione è guarita, ma non possiamo oggi essere sicuri del fatto che questa persona non possa contagiarsi nel futuro.

Cosa significa un test negativo

Un test sierologico negativo indica con un elevato livello di probabilità che l'organismo non è venuto a contatto con il virus SARS-Cov2, ma non è assoluta garanzia dell'assenza di infezione da SARS-CoV-2.

In cosa consiste la sua partecipazione al programma

Se accetta di partecipare a questo programma le sarà prelevata una piccola quantità di sangue per eseguire un test sierologico per SARS Cov2. Se il test risulterà positivo sarà eseguito un prelievo di secrezioni respiratorie dal naso e dalla gola (tampone) per la ricerca del virus. In caso di positività del tampone, lei dovrà essere posto in isolamento, (nel suo domicilio o in altra struttura) e dovrà seguire le istruzioni del suo medico curante per i provvedimenti più opportuni nel suo caso. Raccoglieremo e registreremo i suoi campioni in questo programma insieme ai suoi principali dati identificativi (data di nascita, residenza, eventuale amministrazione di appartenenza) ed eventuali sintomi riferibili a COVID-19: tutto ciò verrà utilizzato e trattato limitatamente allo scopo espresso dalla D.G.R. 209/2020, esclusivamente per il periodo di tempo necessario alla gestione delle azioni utili a contrastare l'emergenza COVID-19. I campioni ed i suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture deputate e non ceduti in nessun modo a terzi, in linea con il GDPR 2016/679, con il D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs 101/2018 e secondo le disposizioni specifiche in materia emergenziale (es. art. 14 del DL n.14 9/03/2020 e 17 bis del DL 18/2020 come introdotto dalla L. 27/2020 s.m.i.). Per tutte le informazioni utili alla gestione dei dati, il riferimento è il **DPO della ASL di Frosinone dott. Carlo Baldesi - carlo.baldesi@aslfrosinone.it**

La sua partecipazione a questo programma è volontaria ed un suo eventuale rifiuto a partecipare non comporterà conseguenze.

Adesione e Consenso al programma:

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____

in data _____, residente in _____

via _____ telefono _____

a alla luce di quanto sopra esposto, e **consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria**

manifesto la volontà di aderire al programma illustrato per tramite del datore di lavoro o di suo delegato.

Firma _____

esprimo il mio consenso al ritiro dei referti on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e la delega al ritiro dei referti al datore di lavoro o suo delegato.

Firma _____

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali:

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020, ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679

"è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento è l'IRCCS INMI Spallanzani. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020.

Firma _____

PROCEDURA AZIENDALE
" PER LA MAPPATURA DI SIEROPREVALENZA Ig G (SARS-CoV-2)"

Procedura n. 7/2020
Rev. n° 00
13 maggio 2020
Pagina9 di 11

Allegato 2

Dati da compilare in DUPLICE COPIA per invio campione test sierologici Operatori Sanitari

SCRIVERE IN STAMPATELLO e compilare obbligatoriamente tutti i campi

Polo Ospedaliero _____ Distretto _____

Reparto/Servizio _____

Operatore dipendente ASL Interno

Operatore NON dipendente ASL Esterno

Cognome _____

Nome _____

Sesso M F

Codice fiscale

Nato a _____ Pr. _____

Data di nascita

Telefono di reparto/servizio _____

Email: _____

Prelievo eseguito il

Il mio medico di famiglia è: _____

PROCEDURA AZIENDALE
" PER LA MAPPATURA DI SIEROPREVALENZA Ig G (SARS-CoV-2)"

Procedura n. 7/2020
 Rev. n° 00
 13 maggio 2020
 Pagina9 di 11

Allegato 2

Dati da compilare in DUPLICE COPIA per invio campione test sierologici Operatori Sanitari

SCRIVERE IN STAMPATELLO e compilare obbligatoriamente tutti i campi

Polo Ospedaliero _____ Distretto _____

Reparto/Servizio _____

Operatore dipendente ASL Interno

Operatore NON dipendente ASL Esterno

Cognome _____

Nome _____

Sesso M F

Codice fiscale

Nato a _____ Pr. _____

Data di nascita

Telefono di reparto/servizio _____

Email: _____

Prelievo eseguito il

Il mio medico di famiglia è: _____