

INFORMATIVA TAMPONE RAPIDO ANTIGENE SARS-CoV-2

TEST ANTIGENICO COVID

Il test effettuato con tampone nasofaringeo viene utilizzato per il rilevamento dell'antigene SARS-CoV-2. È un test qualitativo che valuta la presenza dell'antigene.

Il test viene attuato su soggetti sia sintomatici che asintomatici.

Il kit da noi utilizzato è prodotto e distribuito da Roche Diagnostici. I dati dichiarati dal produttore indicano che la *sensibilità* del test utilizzato è del 96.52%, la *specificità* di 99.68%.

Secondo i dati della letteratura la sensibilità del test risulta maggiore nei soggetti sintomatici. Un risultato negativo potrebbe derivare da basse concentrazioni di antigene. In tal caso, l'esclusione della presenza del virus può essere confermata solo con metodologie molecolari.

PROCEDURA D'ACCESSO

A partire da lunedì 9 novembre 2020 è previsto l'accesso agli utenti esterni per l'esecuzione del tampone rapido SARS-CoV-2, dal lunedì al venerdì, dalle 11.00 alle 12.00 e dalle 13.00 alle 14.00.

È necessaria la PRENOTAZIONE al numero 0464 491111 interno 2.

Nel giorno ed orario stabilito, l'utente si dovrà recare presso la Casa di Cura Solatrix, raggiungere la zona sud-est seguendo la segnaletica. Nel locale dedicato l'operatore eseguirà il tampone nasofaringeo. Sarà possibile effettuare il tampone anche rimanendo in automobile.

COSTO

Euro 40

PAGAMENTO

Le modalità di pagamento possono essere le seguenti:

1. Bonifico bancario anticipato c/o Banca Popolare Emilia Romagna IT 45Y053872080000010300609
2. POS al momento del prelievo

NON sarà possibile pagare in contanti.

RITIRO REFERTO

Durante il prelievo verranno consegnate le credenziali per la visualizzazione del referto online. Il referto sarà scaricabile dal sito 2 ore dopo l'esecuzione del tampone.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Si informa che in caso di positività test positivo, il Laboratorio Analisi della Casa di Cura Solatrix ha l'obbligo di segnalare il caso al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, come richiesto da ordinanza n°48 del 15 Ottobre 2020 del Presidente della Provincia Autonoma di Trento.

Si richiede al cittadino di firmare il consenso per la comunicazione di un'eventuale positività al test all'Azienda Sanitaria. Il consenso è necessario per l'esecuzione del test.

Nome Cognome _____

Firma leggibile _____

Data _____

SCHEDA RACCOLTA DATI

NOMINATIVO			
C.FISCALE			
TELEFONO			
MAIL			
TIPOLOGIA PRELIEVO	<input type="radio"/> Test Antigene		
MOTIVO DEL PRELIEVO	<input type="radio"/> Screening (senza sintomi)	<input type="radio"/> Sospetto diagnostico (ha qualche sintomo)	<input type="radio"/> Contatti con positivo negli ultimi 15 giorni
PRESENTA O HA PRESENTATO SINTOMI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> da quanti giorni? _____	
PRELIEVO PER COLLEGAMENTO A FOCOLAIO?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì	
TIPOLOGIA UTENTE	<input type="radio"/> Personale sanitario	<input type="radio"/> Personale scolastico	<input type="radio"/> Studente
	<input type="radio"/> Altro		

Data

RICHIESTA DOTT.
