***Allegato 3***

**INFORMATIVA AL CITTADINO SUL PROGETTO DI RICERCA DELL’ANTIGENE SARS-COV-2 NEI CITTADINI ASSISTITI IN REGIONE MARCHE**

Gentile Sig./a Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov ( ) Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

desideriamo darLe informazioni dettagliate sulla partecipazione al progetto di “screening”, promosso dalla Regione Marche, mirata alla ricerca di antigene SARSCoV-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 altresì presenziare all’accertamento 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 dal 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 SARSCoV-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 (allegato 5);

 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 assenza di febbre;

3) in caso di rilevazione di positività, Lei sarà contattato, via cellulare, dal Servizio di Sanità pubblica,

fino a quel momento, Le 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 al seguente indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- DA COMPILARE SE MINORE:**

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE RAPIDO ANTIGENICO**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore, tutore, soggetto affidatario di

(Nome e Cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

acconsento

alla sua partecipazione all' esecuzione del tampone rapido, sotto l'egida della Farmacia, rivolto alla ricerca di antigene SARS-CoV-2, in mia presenza.

Data Firma