

TAMPONI NASOFARINGEI PER COVID 19
INFORMATIVA PER I GENITORI/TUTORI LEGALI DI MINORI

Gentili Sigg.ri

ai sensi disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater Codice Civile, in occasione dell'attività in Teatro del minore sottoposto alla Vostra tutela, il minore stesso sarà integrato nel Protocollo di Sorveglianza COVID-19, consultabile sul sito <https://www.teatroallascala.org/it/biglietteria/protocollo-covid.html>

Questo prevede l'esecuzione di tamponi molecolari PCR e di tamponi antigenici di III generazione a immunofluorescenza eseguiti da diverse strutture sanitarie; l'esecuzione dei tamponi avverrà secondo calendari variabili comunicati per tempo dalla Direzione di Produzione.

Situazioni particolari ostative alla esecuzione dei tamponi nasofaringei vanno segnalate con largo anticipo rispetto alla programmazione dei tamponi al Responsabile Medico del Teatro, dott. Cassina all'indirizzo covid.infermeria@fondazioneelasca.it. Le situazioni degne d'attenzione saranno verificate dal Servizio Sanitario del Teatro.

Per consentire l'esecuzione del tampone i genitori/tutori devono compilare in modo completo il consenso che è diverso a seconda del tipo di esame e della struttura sanitaria che lo esegue.

In caso di **tampone molecolare** (vengono eseguiti nella stanza 207, camerini artisti , secondo piano) **il modulo di consenso informato è quello di Humanitas**

Il minore deve arrivare ad eseguire il tampone con consenso compilato completamente, sottoscritto da entrambi i genitori/tutori e con le fotocopie non autenticate dei documenti di identità dei sottoscrittori

In assenza di tale consenso o incompletezza dello stesso, il tampone non potrà essere eseguito ed il minore dovrà lasciare il Teatro, senza procedere alle attività pur previste

HUMANITAS
HUMANITAS MATER DOMINI

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PAZIENTE MINORENNE
per tampone naso-faringeo SARS-CoV2

ANAGRAFICA DEL MINORE
Nome e Cognome _____
nato/a _____ a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____
Documento di identità n° _____
nome pediatra _____ città _____

Il sottoscritto (padre) _____
nato _____ a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____
Documento di identità n° _____

e la sottoscritta (madre) _____
nata _____ a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____
Via _____
Documento di identità n° _____

DICHIARANO

a) di aver letto e compreso il significato del tampone naso-faringeo per rilevare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe e del protocollo a cui sarà necessario sottoporsi in caso di risultato positivo
b) di aver letto e compreso il foglio informativo e il presente modulo di consenso informato, nonché l'informativa relativa al trattamento dei dati personali
c) di voler sottoporre il figlio/tutorato legale all'esecuzione del test naso-faringeo
d) di aver letto e compreso che i dati anagrafici, domicilio e telefono del proprio figlio/tutorato legale verranno trasmessi da parte di Humanitas alle Autorità Sanitarie competenti (ATS)
e) di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale, in caso di esito positivo del tampone naso-faringeo, di rispettare l'isolamento domiciliare obbligatorio, come richiesto dalle Autorità Sanitarie competenti
f) di comunicare al pediatra di libera scelta del proprio figlio/tutorato legale, responsabile per gli aspetti sanitari del percorso, il risultato del tampone naso-faringeo, se positivo
g) in caso di firma di un solo genitore, di aver acquisito il consenso alla presente prestazione da parte dell'altro genitore e di essere consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____
Firma padre leggibile _____
Firma madre leggibile _____

N.B.: Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia non autenticata dei documenti di identità dei sottoscrittori.

cons_COVID19_002_MINORE rev1
Pagina 3 di 3
Data di revisione: 16.10.2020



UNISALUS
CENTRO MEDICO SPECIALISTICO

TEATRO ALLA SCALA

Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico (tampone nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs

Il sottoscritto _____ nato _____ a _____
il _____ il _____ e residente in _____
Via _____ con codice fiscale (*) _____ e reperibile al
seguente recapito telefonico diretto(*) _____,
indirizzo e-mail (*) _____
(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione: (con acquisizione dell'autorizzazione all'esecuzione del test da parte di entrambi i genitori)

in qualità di _____ del minore:
Cognome del minore _____ Nome del minore _____ codice fiscale del
minore (*) _____

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19 - Ag-RDTs
È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell'esito, delle azioni conseguenti e degli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- l'adesione al test è integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso diagnostico;
- l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;
- il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione esito;
- la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;
- la positività al test comporta l'informativa all'utente, da parte del personale sanitario che esegue il test, sulle disposizioni riguardo l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino all'esito del tampone per ricerca di RNA virale;
- in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo.

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata

Data _____ Firma leggibile _____

ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio

Data _____ Firma leggibile _____

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Data _____ Firma leggibile _____

In caso di **tampone antigenico di III generazione** (vengono eseguiti nel Ridotto Gallerie - a livello seconda Galleria Teatro) **il modulo di consenso informato è quello di Unisalus**

Il minore deve arrivare ad eseguire il tampone con già consenso compilato completamente, con acquisizione dell'autorizzazione all'esecuzione del test da parte di entrambi i genitori/tutori.

In assenza di tale consenso o incompletezza dello stesso, il tampone non potrà essere eseguito ed il minore dovrà lasciare il Teatro, senza procedere alle attività pur previste