



Io sottoscritto/a

Codice Fiscale

DICHIARO

✓ di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test sierologico esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale; nonché la partecipazione all'attività F.I.R.

✓ Di esprimere il mio consenso alla partecipazione al test rapido per il rilevamento qualitativo di anticorpi IgM e IgG per COVID19 in campioni di sangue intero con pungi dito;

✓ di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;

✓ di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno.

✓ di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del Consenso.

DICHIARO pertanto di

✓ VOLER sottoporsi al test rapido per il rilevamento qualitativo di anticorpi IgM e IgG per COVID19 in campioni di sangue intero con pungidito

MI IMPEGNO a

✓ ATTENDERE il risultato del Test rapido e ritirare la specifica attestazione del risultato prima di abbandonare i locali;

Test eseguito in data _____ Ore _____

Presso ASD rosafanti rugby

ESITO

- NEGATIVO
- IgG POSITIVO
- IgM POSITIVO
- IgG e IgM POSITIVO
- DUBBIO

firma e n° tessera del medico che esegue il test sierologico

test non valido : riprogrammazione test

[IgM- e IgG -] normale prosecuzione attività sportiva

[IgM- e IgG +] segnalazione al proprio medico curante . Per l'atleta determina lo status di di COVID+ e quindi l'immediata scadeza della visita medica , che dovrà essere rinnovata con esami integrativi.

[ImG+ e IgG+] Il soggetto è porenzialmente infetto , e deve pertanto mettersi in isolameneto fiduciario e avvertire immediatamente il proprio medico test eseguito con **SCREEN TEST COVID-19 10P U-PRO**

lotto

