



## INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO TAMPONE NASO-FARINGEO SARS-COV-2

Gentile Signora/Signore,

il test cui ha scelto di sottoporsi ha l'obiettivo di individuare con tecnica in biologia molecolare detta "reazione a catena della polimerasi" (PCR) la presenza di RNA del virus SARS-CoV-2, responsabile della malattia COVID-19 (acronimo di Co (corona), Vi (virus), D (disease, che in inglese significa malattia) e 19 (l'anno di identificazione del virus).

### Il Coronavirus

I Coronavirus sono una vasta famiglia di virus noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore a malattie più gravi come la Sindrome respiratoria mediorientale (MERS) e la Sindrome respiratoria acuta grave (SARS). I Coronavirus sono stati identificati a metà degli anni '60 e sono noti per infettare l'uomo ed alcuni animali. Ad oggi sono sette i coronavirus noti per causare malattie negli esseri umani. La modalità di trasmissione del SARS-CoV-2, alla luce delle attuali conoscenze è da droplets e da contatto con secrezioni respiratorie del paziente, superfici e attrezzature contaminate. Il periodo di incubazione sembra variare da 1 a 14 giorni, quello di manifestazione della malattia dai 3 ai 7 giorni successivi all'esposizione, ma diversi studi hanno evidenziato che può presentarsi anche in maniera asintomatica. Nei pazienti sintomatici, i segnali più comuni sono febbre e tosse, ma può presentarsi anche con sintomi quali dispnea, dolori muscolari, mal di gola, mal di testa, diarrea, congiuntivite, perdita del gusto o dell'olfatto. Nei casi più complessi può evolvere in polmonite condizione che richiede il ricovero, nei casi più gravi e urgenti, in terapia intensiva. Le persone più suscettibili alle forme gravi sono gli anziani e quelle con patologie croniche come il diabete e le malattie cardiache.

Il Corona Virus può decorrere anche in forma totalmente asintomatica; il soggetto affetto da CoViD-19 può non essere consapevole di aver contratto l'infezione, ma essere comunque in grado di trasmetterla ad altri.

### Adesione alla proposta e modalità operative

La partecipazione al test è volontaria. Il referto del test ha valenza clinica e medico-legale e, in caso di esito positivo, si impone l'obbligo di segnalazione da parte del medico responsabile del laboratorio che esegue il test all'autorità sanitaria territoriale per ragioni di tutela della salute pubblica.

### Il tampone naso-faringeo

Il tampone naso-faringeo è un esame diagnostico complesso finalizzato a individuare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe tramite un tampone ovattato che consente di prelevare un piccolo quantitativo del muco normalmente secreto nelle prime vie respiratorie.

Il tampone è formato da un sottile bastoncino con un'estremità ovattata che, per il prelievo del materiale biologico necessario all'esecuzione del test, deve essere inserito a profondità nelle narici ("tampone naso-faringeo").

### Risultati del test

- **Positivo: dimostrata presenza del virus / dimostrata presenza del virus a bassa carica virale**  
La positività indica che si è in fase di infezione attiva e che probabilmente siamo in grado di trasmettere l'infezione. In caso di valore positivo i suoi dati saranno comunicati alle Autorità Sanitarie competenti (ATS) che metteranno in atto tutte le disposizioni previste per l'isolamento del paziente, ed eventualmente dei contatti stretti individuati attraverso una specifica inchiesta epidemiologica. Dovrà inoltre rispettare le regole indicate dal Ministero della Salute e dalla Presidenza di Regione Lombardia per una efficace prevenzione della diffusione del coronavirus. A tale scopo, Le verranno consegnate le raccomandazioni da seguire durante l'isolamento domiciliare.
- **Negativo: non dimostrata presenza del virus**  
Con esito del tampone negativo potrà sospendere le misure di isolamento fiduciario eventualmente disposte o previste in attesa dell'esito del tampone.  
Come previsto dalla normativa vigente, inoltre, è possibile ottenere la prestazione senza oneri a carico del cittadino nei limiti di cui alla DGR n. XI/3326/2020.

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189

sito internet: [www.asst-pavia.it](http://www.asst-pavia.it)

#### Visualizzazione del referto

Il referto è visualizzabile sul proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) di norma entro 24 ore dal conferimento presso il laboratorio di Microbiologia.

Le modalità per l'accesso al FSE sono reperibili sul sito: <https://www.fascicolosanitario.regione.lombardia.it/>  
Qualora non ancora in possesso delle credenziali per accedere al suddetto fascicolo è possibile accedere al servizio temporaneo di consultazione online dei referti tamponi Covid- 2 19 con accesso da parte degli assistiti tramite servizi digitali sul sito del fascicolo sanitario elettronico (FSE), previo rilascio del consenso al trattamento dei dati personali: <https://www.fascicolosanitario.regione.lombardia.it/web/fserl-pubblica/u...>  
L'interessato potrà in ogni momento, utilizzando una funzionalità specifica di sistema (elimina referto), non rendere più consultabile il predetto referto all'interno del servizio temporaneo di ritiro referti esiti test Covid19.

**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'EROGAZIONE DEL  
SERVIZIO TEMPORANEO DI RITIRO REFERTI ESITI TEST COVID-19  
(AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO UE 679/2016)**

Prima che Lei ci fornisca i dati personali che La riguardano, in armonia con quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, anche il "Regolamento") e dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 c.d. "Codice Privacy" (come novellato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101), il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che Lei prenda visione di una serie di informazioni che possono aiutarLa a comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegandoLe quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

**1. Finalità e base giuridica del trattamento dei dati personali**

I suoi dati personali verranno trattati dal Titolare al fine di offrirle la possibilità di visualizzare il referto dell'ultimo tampone del COVID-19 in modo tempestivo e senza doversi necessariamente recare di persona presso la struttura sanitaria per ritirare il referto cartaceo, in osservanza delle necessarie cautele legate al contenimento dell'epidemia Covid-19, ai sensi dell'art. 17 bis del DL n. 18 del 17.03.2020, convertito in L. n. 27 del 24.04.2020.

Verrà inoltre richiesto il consenso dell'interessato, ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) del Regolamento UE 2016/679.

**2. Modalità del trattamento dei dati**

Il trattamento sarà effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, in conformità ai principi di necessità e minimizzazione, e così per il solo tempo strettamente richiesto per il conseguimento delle finalità perseguite. Il Titolare del trattamento adotta misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza idoneo rispetto alla tipologia di dati trattati. I dati personali saranno trattati in conformità al principio di minimizzazione degli stessi sancito dall'art. 5, par. co. 1, lett. c) del Regolamento UE 679/2016.

**3. Titolare del trattamento**

Titolare del trattamento è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia con sede in 27100 - Pavia, Viale Repubblica 34 - C.F. e P.IVA: 02613080189 - PEC: protocollo@pec.asst-pavia.it.

**4. Responsabile della Protezione dei dati (RPD)**

Il responsabile della protezione dei dati di ASST di Pavia può essere contattato inviando una mail al seguente indirizzo di posta elettronica:dpo@asst-pavia.it

**5. Natura del conferimento dei dati**

La informiamo che il conferimento dei dati personali per l'erogazione del servizio è facoltativo, lei potrà aderire o meno a tale servizio di refertazione, senza alcun pregiudizio sulla possibilità di usufruire delle prestazioni mediche richieste.

Lei ha, in ogni caso, il diritto di ottenere copia cartacea del Referto consegnato in modalità digitale e avrà comunque possibilità di reperire il Suo referto nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

#### **6. Destinatari e ambito di comunicazione dei dati**

I Suoi dati saranno trattati esclusivamente dal Titolare del trattamento, dal responsabile nominato dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento ARIA S.p.A., Azienda Regionale per l'innovazione e gli Acquisti della Regione Lombardia, fornitore di servizi IT di Regione Lombardia, e dal relativo personale autorizzato ai sensi dell'art. 29 del Regolamento ed appositamente istruito al trattamento e alla protezione dei dati personali.

I dati personali non saranno mai comunicati a terzi, se non in assolvimento di eventuali obblighi di legge.

I dati non saranno in alcun modo diffusi.

#### **7. Periodo di conservazione dei dati**

La informiamo che i Suoi dati personali relativi al referto dell'ultimo tampone del COVID-19 rimarranno online per il download per un tempo limitato pari a 15 giorni.

#### **8. Diritti dell'interessato**

Ai sensi degli artt. 15 - 21 REGOLAMENTO, il Titolare informa altresì che – ove ne sussistano le condizioni – Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

- a) l'accesso ai dati personali;
- b) la rettifica dei dati personali;
- c) la cancellazione nei casi previsti dal Regolamento;
- d) la limitazione del trattamento, alle condizioni stabilite dal Regolamento, in fase di accertamento di un eventuale reclamo.

Le Sue Richieste per l'esercizio dei Suoi diritti dovranno essere inviate all'indirizzo di posta elettronica [uffprivacy.siss@ariaspa.it](mailto:uffprivacy.siss@ariaspa.it), tramite PEC all'indirizzo [privacy@pec.ariaspa.it](mailto:privacy@pec.ariaspa.it), oppure tramite posta raccomandata all'indirizzo Via Torquato Taramelli, 26, 20124 Milano, Italia, all'attenzione della struttura Supporto Normativo Protezione dei dati personali.

Lei ha diritto, inoltre, di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.



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

**ANAGRAFICA DEL MINORE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Cognome e nome medico curante \_\_\_\_\_

**ANAGRAFICA DEL GENITORE O DI CHI NE ESERCITA LA PATRIA POTESTA'**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- a)** di aver letto e compreso l'informativa e consenso informato tampone naso-faringeo per la rilevazione della presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe e delle successive fasi 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 e le modalità di visualizzazione del referto;
- d)** di aver letto e compreso che i dati anagrafici, domicilio e telefono del proprio figlio/tutorato legale verranno trasmessi da parte di ASST Pavia alle Autorità Sanitarie competenti (ATS Pavia);
- e)** di assumersi la responsabilità per il figlio/tutorato legale, in caso di esito positivo del tampone nasofaringeo, 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile del genitore o chi ne esercita la patria potestà \_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO  
per tampone naso-faringeo SARS-CoV2**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cognome e nome medico curante \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- a) di aver letto e compreso l'informativa e consenso informato tampone naso-faringeo per la rilevazione della presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe e delle successive fasi 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 e le modalità di visualizzazione del referto;
- c) di sottoporsi volontariamente all'esecuzione del test naso-faringeo;
- d) di aver letto e compreso che i propri dati anagrafici, domicilio e telefono verranno trasmessi da parte di ASST Pavia alle Autorità Sanitarie competenti (ATS Pavia);
- e) di assumersi la responsabilità, in caso di esito positivo del tampone nasofaringeo, di rispettare l'isolamento domiciliare obbligatorio, come richiesto dalle Autorità Sanitarie competenti;
- f) di comunicare al proprio medico curante, responsabile per gli aspetti sanitari del percorso, il risultato del tampone naso-faringeo, se positivo.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/ail \_\_\_\_\_  
(indicare Nome e Cognome del dichiarante.)

A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Carta d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 par. 2 lett. a del Regolamento Ue 16/679 con la sottoscrizione del presente modulo esprimo il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Data

Firma del dichiarante

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER MINORENNI

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), in qualità di genitore non soggetto a limitazioni della propria potestà genitoriale, esprimo altresì il consenso al trattamento dei dati personali per i minori:

1) \_\_\_\_\_ nato/ail \_\_\_\_\_  
(indicare Nome e Cognome.)

A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ nato/ail \_\_\_\_\_  
(indicare Nome e Cognome.)

A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ nato/ail \_\_\_\_\_  
(indicare Nome e Cognome.)

A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data

Firma del dichiarante