

A cura di Personal Genomics			
Data arrivo	Codice	Firma per Accettazione	

RICERCA MOLECOLARE RNA VIRALE SARS-CoV-2
INFORMAZIONI SUL TEST

Il test per la diagnosi di Covid-19 è un test che consente di individuare chi è venuto a contatto con il virus attraverso il rilevamento dello stesso nelle secrezioni respiratorie. Il test diagnostico di riferimento è basato su un saggio di real-time RT-PCR, che consiste sostanzialmente in un'amplificazione del genoma. È il metodo più affidabile per rilevare anche concentrazioni molto basse dell'RNA virale.

Il test consiste nel prelievo del campione dalle alte vie respiratorie con un tampone, nell'estrazione dell'RNA virale e amplificazione mediante Real Time RT-PCR con kit CE IVD "COVID-19 PCR DIATHEVA Detection Kit" che ricerca nel campione estratto sequenze specifiche del genoma del virus SARS-CoV-2: gene RdRp e gene E. Il kit include anche il target endogeno RNase P come controllo positivo interno per valutare l'efficienza di estrazione dell'RNA e l'eventuale presenza di inibitori. Sensibilità e specificità diagnostiche calcolate del 100%.

Un risultato positivo significa che l'RNA VIRALE SARS-CoV-2 è stato individuato nel campione analizzato e quindi conferma la presenza di virus nel paziente ed il rischio associato a una sua diffusione.

Un risultato negativo significa che non è stato individuato l'RNA VIRALE SARS-CoV-2 nel campione analizzato e quindi l'assenza di virus nel paziente. A infezione conclamata è molto raro che un tampone dia un risultato falsamente negativo, ma se il prelievo non viene eseguito correttamente o se viene eseguito troppo presto e il virus non ha avuto il tempo di replicarsi il tampone può dare esito negativo. In un caso sospetto di malattia (se il paziente presenta i sintomi o se è venuto in contatto con un soggetto contagiato), se il tampone da esito negativo è necessario ripetere il prelievo in un momento successivo e in siti diversi del tratto respiratorio per un'analisi di conferma.

Gli esiti del test sono previsti in circa 48-72 ore dal ricevimento del campione.

I risultati di questi test vanno interpretati nel contesto del quadro clinico ed epidemiologico e vanno comunicati all'ULSS di competenza, la quale, in caso di positività, attiverà tutte le procedure necessarie previste dal protocollo COVID-19 per la messa in sicurezza del paziente e dei familiari.

ANAGRAFICA PAZIENTE (se l'accettazione non viene effettuata online, allegare copia della Tessera sanitaria e del Documento di identità)

Cognome e Nome			
Data di nascita	___/___/___	Sesso	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Comune di Residenza			
ULSS di competenza			
Struttura Inviante e/o Medico Referente	Struttura _____		
	Cognome e Nome _____		
	Email _____		
Data tampone	___/___/___		

Il **Medico Referente** può essere un Medico autorizzato da specifiche procedure Regionali o Nazionali, ad es:

- Medico Competente per i dipendenti di un'azienda nell'ambito della Medicina del Lavoro, o Medico Curante per i liberi professionisti
- Medico Curante / Medico di fiducia
- Direttore Sanitario e/o Medico Specialista per pazienti che si devono sottoporre ad interventi o cure

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO

Il/i sottoscritto/i, consapevole/i delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- di aver ricevuto dal medico un'informazione chiara e dettagliata sul tipo di procedura che sarà effettuata e sull'indagine, di averne compreso l'utilità ed i limiti
- di acconsentire al prelievo di materiale biologico e alla ricerca molecolare dell'RNA virale SARS-CoV-2
- di autorizzare Personal Genomics Srl a trasmettere l'esito dell'analisi e i miei dati personali, ivi compresi i dati sanitari, alla Struttura e/o al Medico Referente sopra indicato per le opportune valutazioni
- di acconsentire alla conservazione del mio materiale biologico e dei miei dati associati per la ricerca COVID-19

Il/i sottoscritto/i sono stato/i edotti sui diritti di revoca del presente consenso e sono consapevole/i di poter comunicare tempestivamente tramite i contatti in calce, ogni eventuale cambiamento di opinione in merito a quanto dichiarato.

Luogo e data _____ Firma paziente _____

Firma del Professionista che ha raccolto il consenso _____