

### *Allegato 3*

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

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

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 rapido al seguente indirizzo mail \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_