

INFORMATIVA TAMPONE RINOFARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2 e SCREENING INFLUENZE

CONS_INF_FC_TAMPONE_SARSCOV2 R4 150121

Le infezioni delle vie respiratorie possono essere causate da numerosi virus. Le cause di un'infezione respiratoria sono molteplici e spesso vengono impropriamente etichettate come "influenza" diverse affezioni delle prime vie respiratorie, sia di natura batterica che virale, che possono presentarsi con sintomi molto simili. Nello stesso periodo dell'anno in cui la circolazione dei virus influenzali è massima (in autunno-inverno) possono contemporaneamente circolare molti altri virus che provocano affezioni del tutto indistinguibili, dal punto di vista clinico, dall'influenza. Un esempio è il virus Sars-CoV2 responsabile della malattia nota come COVID-19.

VIRUS RESPIRATORI

Influenza A, influenza B, virus respiratorio sinciziale (RSV) e Sars-CoV-2 sono tra i più importanti patogeni respiratori responsabili di infezioni respiratorie nelle vie aeree inferiori e superiori.

INFLUENZA A

- Virus a RNA
- Trasmesso per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce
- Infetta l'uomo e gli animali
- Gli anziani e i pazienti con sistema immunitario compromesso sono particolarmente colpiti
- Può diventare più grave a causa di un'infezione batterica secondaria

INFLUENZA B

- Virus a RNA
- Trasmesso per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce
- Specifico per gli esseri umani
- I pazienti anziani e immunocompromessi sono particolarmente colpiti

RSV

- Virus a RNA
- Trasmesso per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce e mani contaminate
- La causa più comune di infezioni nelle vie aeree inferiori nei neonati e nei pazienti immunodepressi
- Causa spesso polmonite o bronchiolite

VIRUS SARS-COV2

- Il SARS-CoV-2 è un virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus, responsabile, nelle infezioni più gravi, della Sindrome Acuta severa delle vie respiratorie (Sars), conosciuta come COVID-19.
- Si trasmette per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce e con il contatto con superfici contaminate.

SINTOMATOLOGIA

I virus responsabili di infezioni delle vie respiratorie possono causare febbre, tosse secca, cefalea, dolori muscolari, senso di debolezza e talvolta vomito e diarrea (soprattutto nei bambini).

L'infezione da Virus Sars-CoV-2 può comportare un'iniziale risposta immunitaria dell'ospite senza sviluppo di alcuna malattia (i soggetti risultano asintomatici) ma quest'ultimi possono comunque trasmettere il coronavirus ad altre persone.

A differenza dell'influenza, il Virus Sars-CoV-2 a volte può causare la perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o del gusto (ageusia) in una persona.

In entrambe le malattie, nei casi più gravi, l'infezione può causare polmonite o broncopolmonite, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale.

L'interessamento delle basse vie respiratorie (trachea, bronchi e polmoni) e le complicanze sono più frequenti nelle persone con preesistenti patologie croniche dell'apparato cardio-vascolare e/o respiratorio e nelle persone con compromissione del sistema immunitario, nei neonati e negli anziani.

COME SI ESEGUE IL TEST E PRINCIPIO DI FUNZIONAMENTO Il test viene eseguito in pochi secondi, la procedura consiste nel prelievo di un campione di cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore o rinofaringe, mediante un piccolo bastoncino in grado di trattenere il materiale organico. Il campione prelevato viene analizzato in laboratorio con una metodica denominata rRT-PCR per la ricerca simultanea del Virus Sars-Cov-2 e degli altri Virus Respiratori fornendo uno screening.

UTILITA' DEL TEST Il test molecolare sul tampone è un test diagnostico per rilevare la presenza dei virus in un preciso istante. La presenza del virus nelle mucose respiratorie è indice di attività replicativa.

LIMITI DEL TEST Ogni risultato generato dal test deve essere interpretato e contestualizzato con altre evidenze cliniche e di laboratorio. Un test negativo non esclude la possibilità di infezione, in quanto il risultato può essere condizionato dalla qualità del campione raccolto e dalla presenza di inibitori della PCR.

RISULTATI DEL TEST In sintesi: la positività del test implica che uno dei virus è presente nel nostro organismo.

La negatività del test può implicare:

- che non c'è stata ancora alcuna infezione,
- che l'infezione non è più in atto.

Il Direttore Sanitario, in caso di positività al Virus Sars-Cov-2, comunicherà al Dipartimento il risultato del tampone e comunicherà a chi è stato sottoposto all'esame l'obbligo di porsi da subito in isolamento fiduciario a domicilio.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RINOFARINGEO
PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2 e SCREENING INFLUENZE**

CONS_INF_FC_TAMPONE_SARSCOV2 R4 150121

Io sottoscritto/a
nato/a a il

Oppure (per utenti minorenni) Io sottoscritto, _____ Nato
a _____ il ___/___/___ documento d'identità _____
In qualità di Esercente la potestà genitoriale Tutore Amministratore di sostegno
 Legale rappresentante

dichiaro di aver letto e compreso tutte le informazioni contenute nel documento "INFORMATIVA PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RINOFARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2 e SCREENING INFLUENZE" e di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dall'operatore sanitario rispetto al test a cui sarò sottoposto.

Dichiaro, in particolare, che mi sono stati chiariti i vantaggi e i limiti che possono derivare dal test.

DICHIARO, INOLTRE:

- di essere stato sottoposto a TEST ANTIGENICO RAPIDO PER COVID-19 con esito POSITIVO. SI NO
Se SI, in data:
- di essere stato sottoposto a TEST MOLECOLARE PER COVID-19 con esito POSITIVO. SI NO
Se SI, in data:

Recepita l'informazione ricevuta

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione del test.

Dichiaro, inoltre, di assumere i seguenti farmaci:

Data: _____ Firma dell'Utente _____

DICHIARAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Io sottoscritto _____ confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

Data _____ L'OPERATORE SANITARIO _____

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/___ REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data: _____ Firma dell'Utente _____

Firma dell'operatore sanitario _____