

# MODULO CONSENSO INFORMATO

## FORMULAR PRANIMI

Tampone rino-orofaringeo per 2019-nCov (Virus Coronavirus) con test rapido

**Tampon rhino-orofaringeale për 2019-nCov (Virus Koronavirus) me test të shpejtë**

Io sottoscritto **unë i nënshkruari/a** \_\_\_\_\_

Nato il **i/e lindur** \_\_\_\_\_ **A në** \_\_\_\_\_

Telefono **telefon** \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a **prindëri i/e nxënësit/nxënëses**

Nome e Cognome **emër e mbiemer** \_\_\_\_\_

Nato/a il **i/e lindur** \_\_\_\_\_ **A në** \_\_\_\_\_

• Dichiaro di aver ricevuto esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale.

**Deklaroj se kam marrë shpjegime të mjaftueshme në lidhje me faktin se kjo ka vlera të rëndësishme për qëllime kërkimore dhe në vlerësimin epidemiologjik të qarkullimit viral**

• Dichiaro pertanto di voler sottoporre mio/a figlio/a al tampone rino-orofaringeo per 2019-nCov (Virus Coronavirus) con test rapido.

**Prandaj, deklaroj se dua të nënshtroj djalin / vajzën time në tamponin rhino-orofaringeale për 2019-nCov (Virus Koronavirus) me test të shpejtë**

• Sono altresì consapevole che in caso di RISULTATO POSITIVO al test rapido mio/a figlio/a potrà essere sottoposto a tampone oro-rinofaringeo molecolare e che in attesa del relativo riscontro diagnostico mio/a figlio/a dovrà attenersi a misure di quarantena presso il domicilio.

**Jam gjithashtu i vetëdijshëm se në rast të një PËRGJIGJE POZITIVE në testin e shpejtë djali/vajza ime mund t'i nënshtrohet tamponit molekular oro-rhinofaringeale dhe që në pritje të përgjigjes diagnostike djali/vajza ime do të duhet të respektoj masat e karantinës në shtëpi.**

• Sono consapevole che il referto del tampone rino-orofaringeo, oltre a me, sarà visibile al medico di medicina generale/pediatra di famiglia di mio/a figlio/a e al Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL Toscana Centro.

Jam i vetëdijshëm që përgjigja e tamponit rhino-orofaringeale, përveç meje, do të jete i dukshëm për mjekun e familjes/pediatrin e familjes së djalit/vajzës sime dhe për Departamentin e Parandalimit të Ndërrmarjes USL Toscana Centro

Firenze \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del dichiarante **firma e deklaruesit**\_\_\_\_\_

Firma dell'operatore che esegue il test **firma e punonjësit shëndetësor që bënë testin**\_\_\_\_\_