

MODULO CONSENSO INFORMATO 病毒检测同意书

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

冠状病毒鼻咽拭子快速检测

Io sottoscritto 家长姓名 _____

Nato il 家长出生日期 _____ A 出生地点 _____

Telefono 电话 _____

Genitore dell'alunno/a Nome e Cognome 孩子姓名 _____

Nato/a il 孩子出生日期 _____ A 出生地点 _____

• 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.

声明本人已经充分了解有关检测对研究和预防病毒传播的重要性

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

声明愿意为本人的孩子进行鼻咽拭子快速检测

• 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.

本人知道一旦孩子快速检测结果是阳性的话,接着要进行进一步的细胞分子的精密检查,在等候检查结果期间需要留在家里进行隔离.

• 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.

本人知道鼻咽拭子快速检测的结果和资料会提供给家庭医生,孩子的儿科医生,和托斯卡纳大区医疗预防中心参考.

Firenze 签名日期 __/__/__

Firma del dichiarante 家长签名 _____

Firma dell'operatore che esegue il test 监测人员签名 _____