



## **Test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS CoV-2**

- ❖ I test antigenici sono test immunologici che rilevano la presenza di uno o più antigeni virali, indicativi di una infezione virale in corso. Sono eseguiti su campioni di tampone nasofaringeo. La performance clinica di tali test dipende in gran parte dalle circostanze in cui vengono utilizzati e danno risultati migliori se la persona è sottoposta ad indagine nelle prime fasi dell'infezione da SARS -Cov-2.
- ❖ Tuttavia, gli aspetti da considerare per l'accuratezza del test sono relativi alla carica virale del paziente (valore del Ct  $\leq 25$  o  $\geq$  di  $10^6$  copie genomiche virali/mL), che solitamente risulta ottimale nella fase pre-sintomatica (1-3 giorni prima del manifestarsi dei sintomi) o nella fase precoce dell'infezione (5-7 giorni dalla comparsa dei sintomi). I pazienti che presentano sintomi manifesti da più di 7 giorni potrebbero avere una carica virale bassa, tale da portare ad un risultato “falso negativo”.
- ❖ Al fine di gestire in maniera appropriata e tempestiva individui sintomatici, focolai sospetti o accertati attraverso identificazione precoce e rapida interruzione della catena dell'infezione è raccomandato il ricorso ai test antigenici come strumento di primo livello.
- ❖ Il test fornisce risultati preliminari. I risultati negativi non precludono l'infezione da SARS- CoV-2 e non possono essere utilizzati come unica base per il trattamento o per altre decisioni di gestione clinica. I risultati negativi devono essere inseriti in un contesto anamnestico o clinico per la valutazione del rischio infettivo.

Il test non è da ritenersi diagnosi.

**E' indicato confermare il risultato di un test antigenico rapido con un test molecolare da eseguire entro 48 ore, specialmente se il paziente presenta sintomi suggestivi per SARS CoV-2.**

# CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Carta Identità n. \_\_\_\_\_

in qualità di  
INTERESSATO GENITORE TUTORE  
di (da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)

nome e cognome \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

## DICHIARO

### Quanto segue:

- Di essere stato in contatto negli ultimi dieci giorni con una persona infetta o sospetta.
- Di avere manifestato sintomi negli ultimi 5/7 giorni.
- Di avere manifestato sintomi negli ultimi 10 giorni (il test potrebbe non essere performante per bassa carica virale).

di aver letto e compreso l'informativa e

**ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO** all'esecuzione del Test per l'identificazione dell'antigene del Virus SARS-CoV-2

Medico CURANTE

nome e cognome \_\_\_\_\_  
telefono cellulare \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma (leggibile) del paziente** \_\_\_\_\_

**Firma leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso** \_\_\_\_\_