



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

DIPARTIMENTO DI  
SCIENZE DELLA SALUTE

## CONSENSO INFORMATO

Gentile genitore,

per far eseguire il test salivare a suo figlio dovrà firmare questo consenso, dopo averlo attentamente letto, compilare il modulo con i suoi dati anagrafici e del minore, nonché fornire dati sul suo stato di salute; si puntualizza che il suddetto test non è invasivo e non arreca alcun danno al bambino che lo effettua.

E' fondamentale che capisca e accetti in primo luogo una condizione: **in caso di test salivare positivo**, suo figlio sarà vincolato a stare in isolamento.

Il test su saliva è adattato dal protocollo SalivaDirect™ dell'Università di Yale (<https://publichealth.yale.edu/salivadirect/>), che ha ottenuto l'approvazione in emergenza FDA. Si tratta di un test molecolare che nella formulazione qui proposta, utilizza un rullo salivare per la raccolta di un campione di saliva e procede poi all'analisi in maniera analoga a quella del tampone nasofaringeo standard.

### **Potenziali rischi derivanti dalla partecipazione allo studio**

Eventuale isolamento in caso di test salivare positivo.

### **Uso e protezione dei dati**

Le informazioni raccolte saranno lette, elaborate, analizzate e presentate dagli operatori sanitari che lavorano allo studio e dalle Autorità Competenti aziendali. Le informazioni saranno codificate e la vostra identità non sarà pubblicamente disponibile.

Queste informazioni saranno trattate come strettamente riservate in conformità al Decreto Legislativo N.196/2003 (Legge sulla Privacy) e al Regolamento UE 679/2016 (General Data Protection Regulation-Regolamento Generale) sulla protezione dei dati.

**RESPONSABILE della SORVEGLIANZA: PROF ELISA BORGHI**

### **Acconsento all'effettuazione del tampone salivare per il minore:**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_

Contatto telefonico e/o indirizzo mail: \_\_\_\_\_



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

DIPARTIMENTO DI  
SCIENZE DELLA SALUTE

**Ulteriori dati**

Temperatura: \_\_\_\_\_

Presenza di sintomi di Covid-19 e quali: \_\_\_\_\_

Contatto con positivo e quando: \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ (madre)

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ (padre)

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ (tutore)

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**N.B.: In caso di genitori separati o divorziati è necessaria la firma di entrambi, in difetto il tampone non verrà eseguito**