

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TEST RÁPIDOS PARA LA DETECCIÓN DE CORONA VIRUS (COVID-19).

1.- La realización de este test es totalmente voluntaria, por la que la firma de este documento supone la aceptación de la misma.

2.- Procedimiento para realizar el test:

Se le realizará una punción capilar en el dedo de una mano para obtener una muestra sanguínea de aproximadamente 20 µl que será analizada por el médico forense. Es muy importante que realice una buena higiene de manos antes de realizarse la prueba.

Riesgos: son los derivados de la realización de una toma de sangre mediante punción capilar: dolor en el lugar de la punción, sangrado excesivo (poco frecuente), desmayo o sensación de mareo, infección (riesgo leve) y cicatrización anómala.

3.- Este tipo de test detecta si Ud. tiene anticuerpos contra el Covid-19, por lo que de resultar positiva, deberá realizarse otro tipo de prueba, denominada PCR, en su centro de salud u hospital de referencia. En el caso de resultados positivos no debe acudir a su puesto de trabajo hasta conocer el resultado de la PCR.

4.- Un resultado negativo, implica que no hay respuesta inmunitaria frente al corona virus, aunque no podría descartar una infección reciente.

5.- Si el resultado es indeterminado se volverá a repetir el test.

6.- Los resultados se comunicarán de manera individualizada mediante comunicación telefónica, a la mayor brevedad posible. Durante este periodo de tiempo debe asistir a su puesto de trabajo salvo comunicación de resultados positivos. Si el resultado ha sido positivo, debe contactar con el Servicio Andaluz de Salud a través de los teléfonos 900400061/955545060, y seguir las instrucciones que les sean indicadas por las autoridades sanitarias.

La enfermedad covid-19, es una enfermedad de declaración obligatoria por lo que el resultado debe notificarse a las Autoridades Sanitarias competentes del Servicio Andaluz de Salud, dando autorización con la firma de este documento a la transmisión de sus datos personales, con la finalidad del seguimiento y control de la pandemia por corona virus.

IMPORTANTE.- Esta prueba indica su situación actual (en el día y hora en el cual se ha realizado la prueba) por lo que es muy importante que siga tomando las precauciones recomendadas para evitar posibles contagios.

D/Dña..... (nombre y apellidos) con DNI
centro de trabajo..... teléfono..... Manifiesta que ha sido informado/a por escrito sobre los beneficios y riesgos que supone la realización del test rápido de detección de corona virus, he entendido y no tengo dudas sobre la realización de dicha prueba y doy mi consentimiento para que mis datos personales sean enviados a las autoridades sanitarias pertinentes y sean tratados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencia Forense de

Fdo.: _____