

**SCHEDA INFORMATIVA PER I PAZIENTI DA SOTTOPORRE A
TAMPONE NASOFARINGEO PER INDIVIDUAZIONE INFLUENZA A**

Cognome _____	Nome _____
Luogo e data di nascita _____	

Gentile Signore/a,

Riteniamo opportuno precisare che un risultato positivo non necessariamente significa che Lei è affetto/a dal virus A/H1N1, in quanto il solo test di screening (a cui Lei sarà sottoposto/a) non consente l'identificazione diretta del virus.

In caso di positività l'identificazione del sottotipo H1N1 richiede un' ulteriore test di conferma da effettuarsi con metodica molecolare (PCR).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Avute tutte le informazioni necessarie, acconsento ad essere sottoposto al TAMPONE NASOFARINGEO per l'individuazione dell'influenza A.

DATA

Firma del Paziente per conferma dell'informazione ricevuta
