

Triage per prenotazione Tamponi e/o esami sierologici COVID19

Data _____

Cognome e Nome Paziente _____ Luogo e Data di Nascita _____

CF _____ Telefono _____ Mail _____

Sesso M F (Se Femmina, è in stato di gravidanza? Si Data presumibile parto _____ No)

Indirizzo di residenza completo _____

Tipo di paziente Domicilio Ambulatoriale RSA Motivo del Test _____

Medico di base _____ Telefono o mail _____

(A) È attualmente affetto da COVID19 o posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva?

SI (Non è possibile prenotare il prelievo) NO (Screening sintomi infezione Sars-Cov2 – B)

Ha effettuato tamponi? SI NO

(B) Screening Sintomi Infezione SARS-CoV-2. Negli ultimi 14 giorni ha avuto i seguenti sintomi?

(Indicare solo i sintomi presenti)

Febbre > 37.5°C Tosse Secca Affaticamento Produzione Espettorato

Dispnea Mialgia o Artralgia Mal di Gola Mal di Testa Vomito Diarrea

Disgeussia (alteraz. del gusto) Anosmia (alteraz. olfatto)

Il paziente risulta:

Asintomatico Pauci-sintomatico dal _____

Lieve dal _____ Severo dal _____

Critico dal _____ Guarito dal _____

(Per i casi sintomatici valutare prelievo domiciliare o rifiutare la prenotazione consigliando di contattare il MMG)

(C) Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2. Negli ultimi 14 giorni :

- Ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione con un caso confermato di COVID19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare? SI NO
- E' stato contattato dalla ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare? SI NO
- E' stato malato di COVID19 e dichiarato clinicamente guarito da COVID19 per doppio tampone negativo? SI NO

Se risultano uno o più SI è possibile effettuare la prenotazione (per i primi due casi al termine della quarantena) ma valutare se adottare dispositivi ad alto livello di protezione se tutti NO prenotare prelievo ematico

PRIMA DELL' ESECUZIONE DEL TESTO, IN CASO AVVENUTA PRENOTAZIONE

TELEFONICA:

Il paziente conferma quanto dichiarato al momento della prenotazione? SI NO

In caso di risposta negativa il Responsabile Sanitario vaglia nuovamente i sintomi per valutare se procedere col prelievo.

NOTE _____

La temperatura rilevata risulta inferiore a 37,5°C? SI NO

ISTITUTO POLIDIAGNOSTICO

D'Agosto & Marino S.p.A.

Via Atzori, 139

84014 Nocera Inferiore (SA)

Partita IVA 00874460652

Avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come riportati in informativa, inerenti l'esame SIEROLOGICO , che valuta la presenza di anticorpi IgG e IgM anti-SARS-CoV-2 nel sangue, e/o il Tampone ORO-FARINGEO con metodica PCR, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, le relative percentuali di errore diagnostico e le alternative al test

Dichiara di avere letto la presente informativa nella sua totalità, di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi.

Dichiara inoltre di essere stato informato che un eventuale esito positivo possa comportare l'isolamento domiciliare (per il necessario periodo di quarantena) fino all'esito negativo del test molecolare.

Dichiara inoltre di avere letto e compreso l'informativa GDPR (Regolamento EU 679/2016), e ai sensi dell'art. 13 di essere consapevole che il mancato consenso impedirà l'esecuzione dell'analisi e di conseguenza :

autorizza Istituto Polidiagnostico D'AGOSTO & MARINO S.p.A. al trattamento dei dati personali e particolari per le finalità indicate

autorizza la comunicazione dei risultati alla Regione Campania ed in particolare a So.Re.Sa. S.p.a. in quanto partner tecnologico
 autorizza la comunicazione dei risultati, in caso di positività, via PEC al Dipartimento di Prevenzione dell'Asl di domicilio/residenza

Data Firma

Firma dell'operatore sanitario che ha raccolto il consenso -----

I consensi facoltativi possono essere revocati tramite comunicazione scritta in forma semplice inviata al Titolare di Trattamento, con la stessa modalità potrà esercitare i diritti indicati in informativa ai sensi dell'art. 15 GDPR.

Luogo e data _____

Firma del paziente _____

Firma Operatore Sanitario _____