

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista _____
Data dell'intervista:	Luogo
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato	
Cognome	Nome
Codice Fiscale	Sesso
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	Via
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	Contact tracing Screening Altro _____
Sezione 3 – Tipo di esame	
Test sierologico tipologia A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico tipologia B	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico rapido	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, (tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, (tipologia E)	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Altro test specificare _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	(Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)
Sintomatico	Data inizio sintomi: _____
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Dolori muscolari
	<input type="checkbox"/> Mal di gola
	<input type="checkbox"/> Alterazione gusto
	<input type="checkbox"/> Alterazione olfatto
	<input type="checkbox"/> Cefalea,
	<input type="checkbox"/> Disturbi intestinali
<input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero – Data: _____ P.O. : _____	
<input type="checkbox"/> Deceduto – Data: _____	



CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST RAPIDO ANTIGENICO DI SCREENING PER LA RICERCA DI SARS- COV-2

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ residente in _____ Via _____

telefono _____ indirizzo mail _____

DICHIARO

- a) Di aver letto e compreso l'informativa relativa al trattamento dei dati personali direttamente e personalmente conferiti ai sensi del Regolamento UE 2016/679 per finalità invio dei propri referti medico sanitari conseguenti alle prestazioni richieste e per fini epidemiologici;
- b) Di essere informato che:
in caso di risultato POSITIVO il paziente verrà preso in carico dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di competenza al fine dell'esecuzione del tampone molecolare oro-faringeo SARS-COV-2. In tal caso il soggetto si impegna, secondo le normative vigenti, a rispettare il regime di quarantena previsto dalla normativa

ACCONSENTO

- Alla raccolta, conservazione e utilizzo del materiale biologico e al trattamento dei dati personali associati;
 - All'esecuzione del test rapido antigenico di screening per la ricerca di SARS-COV-2 ed alla trasmissione degli esiti alle autorità sanitarie ai fini epidemiologici nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.
- Il trattamento dei dati personali raccolti ai fini della gestione dell'emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 è svolto in conformità all'art.14 del D.L. 9 Marzo 2020, n.14 recante "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19" e alla comunicazione n.14161 del 16 marzo 2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile, recante "Emergenza COVID-19. Tutela dei dati personali".

_____, li _____

FIRMA _____



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Sicilia
VIA MAZZINI, 1 – 91100 TRAPANI
TEL (0923) 805111 – FAX (0923) 873743
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

A.S.P. di Trapani
Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)/ TF

Screening Sars-Cov 2 Scuole Medie

COVID – 19 Ag RAPID TEST

Data _____

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Anamnesi: Screening Sars Cov 2 Scuole Medie Provincia di Trapani

COVID – 19 Ag RAPID TEST eseguito

Risultato: NEGATIVO POSITIVO

IL MEDICO REFERTANTE
