

MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TAMPONE RAPIDO NASO/FARINGEO PER RICERCA VIRUS COVID-19

Io sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

residente in Via _____, n. _____ città _____

documento di riconoscimento _____

n. telefono _____ e-mail _____

domicilio _____

**IN QUALITÀ DI
(barrare una sola casella di interesse)**

PERSONALE DOCENTE

PERSONALE **NON** DOCENTE

ACCONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITÀ DI TRACCIAMENTO DEL CONTAGIO DA SARS- COV2 AVVIATA DAL COMUNE DI SANTO STEFANO QUISQUINA ED EFFETTUATA MEDIANTE ESECUZIONE DEL TAMPONE RAPIDO, IN MIA PRESENZA.

In merito alla predetta adesione volontaria all'indagine con tampone naso-faringeo antigenico rapido, dichiaro:

- di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte ad individuare la presenza di antigeni o anticorpi per il virus SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela della riservatezza;
- di essere stato/a informato/a che il tampone antigenico rapido ha lo scopo di intercettare anche i pazienti asintomatici aumentando gli standard di sicurezza vigenti in questo momento di emergenza;
- di essere a conoscenza dell'uso e significato del tampone antigenico e del tasso di incertezza inevitabilmente legato all'utilizzo della metodica e che, in caso di positività, per accertare se è in atto infezione da SARS-CoV-2, dovrò effettuare tampone naso-faringeo molecolare per la ricerca del virus secondo le modalità che mi saranno indicate, osservando fino all'esito del tampone molecolare il necessario isolamento fiduciario;
- di essere stato/a informato/a che i risultati del test antigenico saranno comunicati entro le 24 ore successive al **prelievo solo in caso di positività** della quale mi impegno ad informare il medico di Medicina Generale, mentre **in caso di negatività non è previsto il rilascio di nessuna comunicazione, refertazione/attestazione;**
- di essere stato informato del divieto di partecipazione all'attività di screening per chi è sottoposto a vincolo di quarantena fiduciaria;
- Solleva, pertanto, il personale sanitario da qualsiasi responsabilità connessa e/o derivante dall'esecuzione del tampone naso- faringeo antigenico;
- Si autorizza al trattamento dei dati personali ivi indicati nel rispetto delle normative vigenti.

Santo Stefano Quisquina _____

Firma _____

Questionario Covid-19

Sezione 1 – Dati dell'intervistatore (a cura del personale sanitario)	
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 (a cura del paziente)	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Sesso:
Data di Nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo:
Comune di domicilio:	Indirizzo:
ASP di residenza:	
Telefono fisso:	Telefono cellulare:
Email:	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	<input type="checkbox"/> Contact Tracing <input type="checkbox"/> Screening Altro _____
Sezione 3 – Tipo di esame (a cura del personale sanitario)	
Test sierologico tipologia A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data _____
Test sierologico tipologia B	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data _____
Test sierologico rapido	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, Tipologia D)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, Tipologia E)	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Altro test, specificare _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale (a cura del personale sanitario)	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	(indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico) Data inizio sintomi _____
Sintomatico	
<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 _____	