

**TEST MOLECOLARE
PER LA DIAGNOSI DI SARS-CoV-2**

REQUISITI PER ACCEDERE ALL'ESAME

1. PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
2. PRENOTAZIONE CON TRIAGE TELEFONICO
3. ASSENZA DI SINTOMATOLOGIA RICONDUCCIBILE A COVID-19 DA ALMENO 14 GIORNI
4. NON ESSERE CONTATTI STRETTI DI SOGGETTI COVID-19 POSITIVI
5. NON PROVENIRE DA PAESI AD ALTO RISCHIO
6. INDOSSARE LA MASCHERINA IN SEDE DI ESAME
7. PORTARE CARTA D'IDENTITÀ E TESSERA SANITARIA
8. PORTARE GIÀ COMPILATI I DOCUMENTI SCARICABILI DAL SITO DI ABBADIA MEDICA
CONSENSO INFORMATO e MODULO TRIAGE

Si garantisce il rispetto delle regole contenute nel RAPPORTO ISS COVID-19 n. 11/2020 Rev. 2 - Raccomandazioni ad interim per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone naso/orofaringeo per la diagnosi di COVID-19 (Versione del 29 maggio 2020).

SCHEDA TRIAGE PER ESECUZIONE TEST MOLECOLARE

1. ANAGRAFICA PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Luogo nascita _____
 Via domicilio _____ Comune _____
 Telefono _____
 Nome e cognome del medico prescrittore _____

2. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Ha avuto contatto stretto con un caso SOSPETTO O CERTO di COVID-19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/> Se si QUANDO? _____
Ha fatto viaggi negli ultimi 14 giorni?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si DOVE? _____
Ha eseguito il TAMPONE naso-orofaringeo per diagnosi di COVID-19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si QUANDO? _____ Ha con sé il referto? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Era positivo? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha eseguito il test sierologico per COVID-19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si QUANDO? _____ Ha con sé il referto? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Era positivo? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
E' in isolamento domiciliare, contumacia o fiduciario, per COVID19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

3. VALUTAZIONE CLINICA

Ha febbre > 37,5?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha tosse?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha mal di gola?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha raffreddore?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha bruciore agli occhi?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha difficoltà a respirare?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha perdita del gusto e dell'olfatto?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha vomito?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha diarrea?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Nei 14 giorni antecedenti la data odierna ha avuto uno o più sintomi fra quelli sopradescritti?*	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

Temperatura eventualmente rilevata: _____

**Nel caso di risposte negative procedere con l'appuntamento, da confermare il giorno dell'esecuzione del test. Nel caso di risposte positive, non effettuare l'accertamento e consigliare di rivolgersi al medico curante.*

Data triage telefonico _____ Firma dell'operatore di triage _____

Io sottoscritto, consapevole di quanto prescritto all'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 sulla responsabilità penale (artt. 482-483-489 e 496 c.p. e leggi speciali in materia) a cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di falsa attestazione e sotto la mia responsabilità, attesto che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data _____ Firma del paziente _____

CONSENSO INFORMATO TEST MOLECOLARE

Io sottoscritto/a	
Nato a	Il
Residenza	
Domicilio	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
Medico prescrittore	Cell.
Azienda di appartenenza <i>(solo se il test è richiesto dal Medico Competente)</i>	
E-mail	

In qualità di genitore/tutore di *(da compilare solo nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)*:

Nome e cognome	
Nato a	Il
Codice fiscale	

Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa e con la presente do il consenso:

- all'esecuzione del test molecolare per la ricerca del SARS-CoV-2;
- in caso di positività, a permanere a domicilio in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP.

Data _____ Firma _____

- al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2;
- al ricevimento di SMS e/o telefonata

Data _____ Firma _____

- all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

Data _____ Firma _____