

**TEST ANTIGENICO RAPIDO SU TAMPONE NASO-FARINGEO
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 - INFORMATIVA PRIVACY - 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 ANTIGENE PER SARS CoV 2

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, contumaciale 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

Io sottoscritto/a	
Nato/a a	il
Residenza	
Domicilio <i>(se diverso da residenza)</i>	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare personale	
Medico prescrittore	Cell. Medico prescrittore
Azienda di appartenenza <i>(solo se il test è richiesto dal Medico Competente)</i>	

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 antigene sierologico per la ricerca del SRAS-CoV-2;
- in caso di positività del test a sottopormi a test molecolare di conferma, da effettuare durante la stessa seduta;
- di permanere in isolamento fiduciario fino all'esito negativo del test molecolare, eseguito successivamente alla positività del test antigenico sierologico;
- in caso di test molecolare positivo, 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;

Data _____

Firma _____

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

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

Caratteristiche del test antigene/sierologico su tampone oro/rino-faringeo

Se il tuo test antigene su tampone oro/faringeo

● **è risultato NEGATIVO**

sulla base del test, delle sue caratteristiche e dei limiti, non vi è evidenza microbiologica di una infezione da SARS-CoV-2 in atto ad ELEVATA CARICA VIRALE. Si sottolinea tuttavia che il test di riferimento per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 rimane tuttora il test molecolare.

● **è risultato POSITIVO**

il test deve essere confermato con un TEST MOLECOLARE SU TAMPONE ORO/RINOFARINGEO. Dovrai quindi permanere a domicilio in isolamento fiduciario fino all'esito negativo del TEST MOLECOLARE SU TAMPONE ORO/RINOFARINGEO. Se avrai il TAMPONE OROFARINGEO E/O NASO-FARINGEO POSITIVO si attiverà l'isolamento contumaciale e i provvedimenti conseguenti da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

O in alternativa

Se il tuo test sierologico

● **è risultato NEGATIVO**

non si può escludere la possibilità di un'infezione in atto in fase precoce e il relativo rischio di contagiosità.

● **è risultato POSITIVO**

dovrai permanere a domicilio in isolamento fiduciario fino all'esito negativo del TEST MOLECOLARE SU TAMPONE ORO/RINOFARINGEO.

- Se avrai il TAMPONE OROFARINGEO E/O NASOFARINGEO POSITIVO si attiverà l'isolamento contumaciale e i provvedimenti conseguenti da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.
- Se avrai il TAMPONE OROFARINGEO E/O NASOFARINGEO NEGATIVO non hai l'infezione in atto, ma la presenza di anticorpi non è prova di immunità protettiva e non ti fornisce una "patente di immunità". Dovrai quindi continuare a rispettare le norme di prevenzione del contagio.

Trattamento dei dati

I dati anagrafici, il codice fiscale, il numero di telefono, il nome del Medico prescrittore o del Medico Competente e dell'impresa di appartenenza se i test sono richiesti nell'ambito di un programma aziendale di screening dei lavoratori e il risultato del test, sia positivo che negativo, saranno trasmessi al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza dell'epidemia da SARS-CoV-2.

Condizioni di accesso all'esame

- ricetta medica
- appuntamento telefonico, previo triage telefonico per valutazione epidemiologica e clinica (condizione di asintomaticità da almeno 14 gg.);
- mascherina protettiva;
- esibizione della tessera sanitaria.

Si precisa che l'esecuzione del test avverrà nel rispetto di rigidi protocolli di sicurezza e protezione, a tutela sia degli operatori sanitari che effettuano la prestazione, sia del soggetto che si sottopone al prelievo; sarà valutata dal personale sanitario della Struttura l'eventuale possibilità di misurare la temperatura corporea qualora lo ritenga necessario.