**QUESTIONARIO Covid rev. 22.10.2020\_sf**

|  |
| --- |
| Sezione 1 – Dati dell’INTERVISTATORE |
| Cognome: | Nome: |
| Struttura di appartenenza: USCA DISTRETTO CORLEONE | [] Medico [] Infermiere [] 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 PRIVATO CITTADINO | Contact tracing ScreeningAltro  |
|  |  |
| Test sierologico tipologia A | SI [] NO [] Data  |
| Test sierologico tipologia B | SI [] NO [] Data  |
| Test sierologico rapido | [] ESITO positivo [] ESITO negativo Data  |
| Tampone rinofaringeo in biologia molecolare,tipologia D) | SI [] NO [] Data  |
| Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card,tipologia E) | [] ESITO positivo [] ESITO negativo Data  |
| Altro test specificare  | SI [] NO [] Data  |
| **Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale** |
| Asintomatico [] |
| Paucisintomatico [] | (Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)**Data inizio sintomi:** [] Febbre > 37.5°C [] Dispnea[] Dolori muscolari [] Mal di gola[] Alterazione gusto [] Alterazione olfatto [] Cefalea,[] Disturbi intestinali |
| Sintomatico[] Lieve [] Severo [] Critico |
| [] Ricovero Ospedaliero – Data: P.O. :  |
| [] Deceduto – Data:  |

# Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame diagnostico richiesto.

Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

# DICHIARA

di aver ricevuto dall’incaricato/a all’esecuzione del test sierologico esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l’informativa e :

# □ ACCONSENTE □ NON ACCONSENTE

all’esecuzione dell’esame Coronavirus – SARS- Cov-2 IgG e IgM, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

# Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso

**Dati dell’utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test. Cognome Nome**

**Data di nascita Luogo di nascita**

**Residente Via**

**Numero di cellulare Codice Fiscale Data**

FIRMA DELL'UTENTE TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO