**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 Screening  Altro |
|  |  |
| 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