

Sezione 1 – Dati dell’INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza: USCA DISTRETTO CORLEONE	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Contact tracing <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Altro _____
Test sierologico tipologia A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico tipologia B	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico rapido	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Altro test specificare _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	(Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)
Sintomatico <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Critico	Data inizio sintomi: _____ <input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C <input type="checkbox"/> Dispnea <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: _____	

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