## 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:  |

Il SARS-CoV-2 (Coronavirus 2 della SARS) è l’agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019).

### Caratteristiche del Test

1. Il test “Panbio™ COVID-19 Ag Rapid Test Device “ e un test rapido diagnostico *in vitro* per la ricerca qualitativa dell'antigene SARS CoV- 2 (Ag) in campioni umani da tampone rinofaringeo provenienti da individui che soddisfano criteri clinici e/o epidemiologici COVID-19. Il dispositivo Panbio™ COVID-19 Ag Rapid Test Device e solo per uso professionale ed è destinato ad essere utilizzato come ausilio nella diagnosi dell'infezione da SARS-CoV-2
2. Il test fornisce risultati preliminari. I risultati negativi non precludono l'infezione da SARS-CoV-2 e non possono essere utilizzati come unica base per il trattamento o per altre decisioni di gestione. I risultati negativi devono essere combinati con le osservazioni cliniche, l'anamnesi del paziente e le informazioni epidemiologiche.
3. Test per le indagini rapide, eseguite su card che prevedono un prelievo rinofaringeo mediante swab, con successivo rapido trattamento per una deposizione e lettura tramite tecnica immunocromatografica su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV-2,
4. Il Test rapido NON SOSTITUISCE la ricerca dell’RNA virale con tecnica molecolare (da tampone rino-faringeo) che, per il momento, è l’unico definitivamente diagnostico, come da Circolare Ministeriale n. 0016106 del 09/05/2020 e successive modifiche, che specifica che il test è utile nella valutazione epidemiologica della circolazione del virus.

### Come si esegue

Il Test viene eseguito con effettuazione di tampone rinofarinego, effettuato come da norme vigenti e consente la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV-2,

### Possibili risultati del Test

1. Risultato NEGATIVO o NON REATTIVO di antigeni specifici per SARS CoV-2,
2. Risultato POSITIVO o REATTIVO di antigeni specifici per SARS CoV-2,
3. Risultato DUBBIO possibile interferenza di antigeni specifici per SARS CoV-2

I risultati dubbi o positivi andranno comunque confermati dal tampone rino-faringeo, per l’esecuzione del test diagnostico in molecolare RT-PCR.

In caso di risultato POSITIVO, il paziente dovrà sottoporsi autonomamente alla misura dell’isolamento domiciliare fiduciario e sottoporsi quanto prima al tampone rino-faringeo per la ricerca dell’RNA virale.

# Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a avendo ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame **Test rapido su card tamponi di tipo E per la ricerca dell’antigene SARS-Cov-2,** dall’incaricato/a all’esecuzione del test sierologico ed esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale, di aver letto e compreso l’informativa ed essendo a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame, **DICHIARA di:**

**□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE**

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

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

**Cognome Nome**

**Data di nascita Luogo di nascita**

**Residente In Via**

**Numero di cellulare Mail Codice Fiscale**

**Data** Firma dell'utente

Timbro e Firma del Dirigente Medico che ha raccolto il consenso: