

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: _____	

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 " è 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 è 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 rinofaringeo, 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: _____