

**Consenso Informato all'esecuzione del test Sierologico  
Qualitativo / Quantitativo per SARS-CoV-2  
Triage in Sala Prelievi**

Dpz 61  
rev 02  
05-12-2020

**Consenso informato**

|  |        |
|--|--------|
| Io sottoscritto/a  |        |
| Nato a   | Il     |
| Residenza  |        |
| Domicilio <i>(se diverso da residenza)</i>   |        |
| Codice fiscale   |        |
| Telefono/cellulare   | E-mail |
| Medico prescrittore  | Cell.  |
| Azienda di appartenenza <i>(solo se il test è richiesto dal Medico Competente)</i> |        |

In qualità di genitore/tutore di *(da compilare solo nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)*:

|                |    |
|----------------|----|
| Nome e cognome |    |
| Nato a         | Il |
| Codice fiscale |    |

**Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa e con la presente do il consenso :**

- all'esecuzione del test sierologico per la ricerca di anticorpi Anti-SARS-CoV-2;
- a sottopormi, in caso di positività, al tampone nasofaringeo molecolare di conferma da effettuare, possibilmente, durante la stessa seduta e di permanere a domicilio fino all'esito negativo dello stesso;
- di permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione e refertazione di un tampone molecolare da parte del Servizio Pubblico;
- al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2;

**Consenso Informato all'esecuzione del test Sierologico  
Qualitativo / Quantitativo per SARS-CoV-2  
Triage in Sala Prelievi**

Dpz 61  
rev 02  
05-12-2020

- all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Triage in Sala Prelievi**

**VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA**

|   |  |
|---|--|
| Ha avuto contatto stretto con un caso SOSPETTO O CERTO di COVID-19?   | NO: ___ SI: ___ NON SO: ___<br>Se si QUANDO? _____   |
| Ha fatto viaggi negli ultimi 14 giorni?                               | NO: ___ SI: ___<br>Se si DOVE? _____   |
| Ha eseguito il TAMPONE naso-orofaringeo per diagnosi di COVID-19?     | NO: ___ SI: ___<br>Se si QUANDO? _____<br>Ha con sé il referto? NO: ___ SI: ___<br>Era positivo? NO: ___ SI: ___ |
| Ha eseguito il test sierologico per COVID-19?                         | NO: ___ SI: ___<br>Se si QUANDO? _____<br>Ha con sé il referto? NO: ___ SI: ___<br>Era positivo? NO: ___ SI: ___ |
| E' in isolamento domiciliare, contumaciale o fiduciario, per COVID19? | NO: ___ SI: ___  |

**VALUTAZIONE CLINICA**

|  |                 |
|--|-----------------|
| Ha febbre > 37,5?  | NO: ___ SI: ___ |
| Ha tosse?  | NO: ___ SI: ___ |
| Ha mal di gola?  | NO: ___ SI: ___ |
| Ha raffreddore?  | NO: ___ SI: ___ |
| Ha bruciore agli occhi?  | NO: ___ SI: ___ |
| Ha difficoltà a respirare?   | NO: ___ SI: ___ |
| Ha perdita del gusto e dell'olfatto?   | NO: ___ SI: ___ |
| Ha vomito?   | NO: ___ SI: ___ |
| Ha diarrea?  | NO: ___ SI: ___ |
| Nei 14 giorni antecedenti la data odierna ha avuto uno o più sintomi fra quelli sopradescritti?* | NO: ___ SI: ___ |

Io sottoscritto, consapevole di quanto prescritto all'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 sulla responsabilità penale (artt. 482-483-489 e 496 c.p. e leggi speciali in materia) a cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di falsa attestazione e sotto la mia responsabilità, attesto che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

**La mia Temperatura corporea è di \_\_\_\_\_ gradi.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore di triage \_\_\_\_\_