

**Consenso Informato all'esecuzione del test Antigene rapido  
e Tampone biomolecolare per SARS-CoV-2  
Triage in Sala Prelievi**Dpz 63  
rev 00  
29-10-2020**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 antigene rapido su tampone nasofaringeo per Sars-Cov-2;
- a sottopormi, in caso di positività del test antigene rapido, al tampone nasofaringeo molecolare di conferma, da effettuare possibilmente durante la stessa seduta, e a permanere a domicilio in isolamento in attesa del referto.
- 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 Antigene rapido  
e Tampone biomolecolare per SARS-CoV-2  
Triage in Sala Prelievi**

Dpz 63  
rev 00  
29-10-2020

- 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: ___ Se si QUANDO? _____
Ha fatto viaggi negli ultimi 14 giorni?	NO: ___ SI: ___ Se si DOVE? _____
Ha eseguito il TAMPONE naso-orofaringeo per diagnosi di COVID-19?	NO: ___ SI: ___ Se si QUANDO? _____ Ha con sé il referto? NO: ___ SI: ___ Era positivo? NO: ___ SI: ___
Ha eseguito il test sierologico per COVID-19?	NO: ___ SI: ___ Se si QUANDO? _____ Ha con sé il referto? NO: ___ SI: ___ 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 \_\_\_\_\_