

| Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE | |
|---|---|
| Cognome: | Nome: |
| Struttura di appartenenza: | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista _____ |
| Data dell'intervista: | Luogo |
| Sezione 2 - <u>Dati del soggetto esaminato</u> | |
| 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 | <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 – <u>Storia clinica allo stato clinico attuale</u> | |
| Asintomatico <input type="checkbox"/> | |
| Paucisintomatico <input type="checkbox"/> | (Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico) |
| Sintomatico | Data inizio sintomi: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lieve | <input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C |
| <input type="checkbox"/> Severo | <input type="checkbox"/> Dispnea |
| <input type="checkbox"/> Critico | <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: _____ | |



CONSENSO INFORMATO

Test su tampone oro/rinofaringeo per la ricerca di materiale genetico di SARS-CoV-2.

Tale tipologia di test prevede un prelievo oro-rinofaringeo mediante swab, con successivo invio presso laboratorio di biologia molecolare per la successiva analisi.

Generalità del paziente:

Nome

Cognome

Data e luogo di nascita

Codice Fiscale

INFORMATIVA TEST SU TAMPONE

Il prelievo del tampone rino-faringeo è una procedura che consiste nel prelievo delle cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore e della rinofaringe, mediante un piccolo bastoncino di materiale sintetico in grado di trattenere molto materiale organico. Il prelievo viene eseguito in pochi secondi ed ha un'invasività minima, originando, al più, un impercettibile fastidio nel punto di contatto, piccole lesioni nella parte oro e rino-faringe.

● **Se minorenne: nome e cognome del/i genitore/i o del tutore in stampatello:**

Cognome e nome (**padre/tutore**) _____

Luogo e data di nascita _____

Documento riconoscimento _____ n. _____

Dopo aver preso visione dell'informativa allegata alla presente e aver compreso modalità e finalità del test diagnostico per la ricerca di materiale genetico del SARS-CoV-2, dichiaro di essere consapevole dei limiti diagnostici legati alla tecnica e dei rischi propri legati all'esecuzione del test.

Presto il mio consenso all'atto sanitario: Test su tampone oro-rinofaringeo la ricerca di materiale genetico di SARS-CoV-2 eseguito su mio/a figlio/a.

Cognome e nome (**madre/tutore**) _____

Luogo e data di nascita _____

Documento riconoscimento _____ n. _____

Dopo aver preso visione dell'informativa allegata alla presente e aver compreso modalità e finalità del test diagnostico per la ricerca di materiale genetico del SARS-CoV-2 dichiaro di essere consapevole dei limiti diagnostici legati alla tecnica e dei rischi propri legati all'esecuzione del test.

Presto il mio consenso all'atto sanitario: Test su tampone oro-rinofaringeo la ricerca di materiale genetico di SARS-CoV-2 eseguito su mio/a figlio/a.

La firma di entrambi i genitori è obbligatoria nel caso in cui i due genitori non risultano conviventi o sono separati/ divorziati.

Luogo e data _____

Firma Genitori/Tutore

● **Se maggiorenne**

Il/La sottoscritto/a _____

Data e luogo di nascita _____

Codice fiscale _____

Dopo aver preso visione dell'informativa allegata alla presente e aver compreso modalità e finalità del test diagnostico per la ricerca di materiale genetico del SARS-CoV-2 dichiaro di essere consapevole dei limiti diagnostici legati alla tecnica e dei rischi propri legati all'esecuzione del test. Presto il mio consenso all'atto sanitario: Test su tampone oro-rinofaringeo la ricerca di materiale genetico di SARS-CoV-2

Luogo e data: _____/____/_____

Firma del/la Paziente _____

Nego il consenso:

Firma di chi ha raccolto il consenso _____