

Scheda pre-Triage

Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande così come previsto dall'ordinanza n35 della Regione Calabria del 15 Aprile 2020

Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta/probabile/ confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?	
SI - NO	
Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?	☐ febbre
	☐ tosse secca
	☐ respiro affannoso/difficoltà respiratorie
	☐ dolori muscolari
	☐ mal di testa
	☐ raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)
	☐ mal di gola
	☐ congiuntivite
	☐ perdita del senso del gusto (ageusia)
☐ perdita del senso dell'olfatto (anosmia)	

DATI ANAGRAFICI

Cognome	Nome
Data di Nascita	Luogo di Nascita
Comune di residenza	Via
Domicilio attuale (se diverso dalla residenza)	
Contatto telefonico	
Medico di famiglia:	
Mail:	

CONSENSO ED INFORMATIVA ALLA ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICI PER COVID-19

Il tampone antigenico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 non costituisce in nessun caso certificazione dello stato di malattia/contagiosità o guarigione dell'individuo che lo ha effettuato. Si comunica che la struttura erogatrice ha l'obbligo di informare quanto segue:

- 1) *tutti gli esiti del test sierologici e/o antigenici saranno inviati all'ASP territoriale di competenza*
- 2) *i soggetti che si sottopongono al test esprimono la volontarietà di adesione a tutto il percorso di screening e alla modalità di trattamento dei dati sanitari;*
- 3) *i dati trattati per le finalità in esame saranno cancellati trascorsi quarant'anni dalla raccolta;*
- 4) *a seguito di positività del sierologico o del tampone antigenico, i soggetti dovranno rispettare l'isolamento domiciliare fino all'esito negativo del test molecolare.*
- 5) *Inoltre questa Struttura Sanitaria, in caso di esito POSITIVO, informerà tempestivamente il Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente per la residenza/domicilio dell'utente a cui spetta il compito di avviare l'iter per sottoporre l'assistito ad indagini con tampone molecolare oro-naso-faringeo.*

DICHIARO

Le informazioni riportate nel questionario anamnestico rispondono al vero. Di aver compreso l'informativa sopra riportata e presto il consenso all'effettuazione del test e al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 (GDPR)

Data: ____/____/____

Firma di chi presta il consenso

Firma del sanitario che informa