

| Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Cognome | Nome | | |
| Struttura di appartenenza | Medico Infermiere Laboratorista altro | | |
| 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 | | | |
| Sintomatico Paucisintomatico Asintomatico | Contact tracing | Screening | _____ |
| Sezione 3 – Tipo di esame | | | |
| Test sierologico tipologia A | SI | NO | Data _____ |
| Test sierologico tipologia B | SI | NO | Data _____ |
| Test sierologico rapido | ESITO positivo | ESITO negativo | Data _____ |
| Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D) | SI | NO | Data _____ |
| Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E) | ESITO positivo | ESITO negativo | Data _____ |
| Altro test specificare _____ | SI | NO | Data _____ |
| Sezione 4 – Storia clinica | | | |
| Alterazioni dell'olfatto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Alterazioni del gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Febbre $\geq 37,5$ °C | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Stanchezza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Dolori muscolari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Mal di gola | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Tosse secca | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Congestione nasale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Rinorrea (naso colante) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Dispnea (difficoltà respiratorie) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Diarrea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Cefalea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |
| Dolori addominali | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Data inizio _____ |

SCHEDA DI TRIAGE PER COVID-19 - Da compilare a cura dell'utente

Cognome e Nome paziente _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo _____ Telefono _____

DA COMPILARE SOLO PER TEST SIEROLOGICI PER LA RICERCA DI ANTICORPI ANTI SARS-CoV-2

Lavoratore presso _____

Indirizzo sede di lavoro _____

Recapiti Datore di Lavoro: tel. _____ email: _____

(A) È attualmente affetto da COVID19 o posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva?

| | |
|-------------|--|
| SI → | Si invita a prendere contatto con il medico di fiducia per differire la prestazione richiesta. |
| NO → | Procedere con "Screening sintomi infezione SAR-CoV-2" al punto (B) |

(B) Negli ultimi 14 giorni ha avuto:

| Screening sintomi infezione SARS-CoV-2 | SI | NO |
|--|----|----|
| Febbre > 37.5°C | | |
| Tosse secca | | |
| Familiari o contatti stretti con un caso confermato di COVID19 | | |

Se una delle risposte è

SI →

Si invitare a prendere contatto con il proprio medico di fiducia per differire la prestazione richiesta.

Se tutte le risposte sono

NO →

Consegnare il modulo in accettazione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a _____ C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Dpr 445/2000, per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti, e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- la veridicità delle informazioni fornite;
- di accettare, prima dell'inizio della prestazione richiesta, l'eventuale misurazione della propria temperatura corporea da parte del personale addetto e di impegnarsi, in caso di rilievo della temperatura superiore a 37,5°C ad avvisare immediatamente il proprio Medico Curante al fine di adottare tutte le procedure previste;
- di acconsentire alla comunicazione dell'eventuale esito positivo del test sierologico per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2 e/o del tampone per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2, al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territorialmente competente ed al proprio Datore di Lavoro, così come prescritto dalla Circolare dell'Assessorato della Salute - Dipartimento per la Pianificazione Strategica - Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico - Prot. n. 16538 del 04.05.2020 "Disposizioni in materia di utilizzo dei test per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2 e/o dell'antigene di SARS-CoV-2. Modalità operative";
- di avere letto, di aver compreso e di essere stato edotto dal personale della Struttura del contenuto della presente dichiarazione ed in caso di dubbi nella comprensione di quanto sopra descritto.

Inoltre,

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

- al trattamento dei propri dati compresi quelli particolari (ex dati sensibili) autorizzando la Struttura a comunicarli, qualora fossero richiesti dall'Autorità preposta, sollevando la Struttura da qualsiasi responsabilità.

Luogo e data _____ Firma del paziente _____

Nel caso in cui il consenso non è espresso dal diretto interessato (per impossibilità fisica, minore età, incapacità di agire, incapacità di intendere o di volere) indicare i dati della persona per cui si esprime il consenso e l'eventuale grado di parentela:

Grado di parentela: _____

In caso di tutore indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela: _____

Nome e Cognome dell'interessato _____

C. F. dell'interessato _____

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DELLA STRUTTURA

Operatore _____ Data triage _____

Il paziente viene preso in carico

Il paziente non viene preso in carico per i seguenti motivi: _____