

QUESTIONARIO Covid

rev. 22.10.2020_sf

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista PTA CASA DEL SOLE
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	palermo
Telefono fisso	Telefono cellulare
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	Contact tracing Screening 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 – Storia clinica allo stato clinico attuale	
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: _____	

Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a _____ dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame diagnostico richiesto. Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

DICHIARA

di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e :

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS- Cov-2 RNA virale, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso

Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente _____ In Via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

Codice Fiscale

Data _____

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO



REFERITO :
TEST ANTIGENICO RAPIDO , ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag
(tampone rinofaringeo)

RAPID TEST Device Cod. 41FK10 Lotto 41ABF014A Scadenza il 17/08/2021

Data _____ Ente _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Residente in via _____

Numero di cellulare _____ Mail _____

ESITO (mettere una crocetta nei test)
**POSITIVO
NEGATIVO
**INVALIDO

** Per i risultati invalido e/o positivi la struttura/ente dovrà essere eseguito il tampone rinofaringeo di conferma e dare immediata comunicazione al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Palermo per il tracciamento epidemiologico

Cognome e Nome di chi ha eseguito il test presso la struttura (a stampatello)

Data _____

Firma di chi ha eseguito il test _____