

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST COVID 19

COGNOME NOME _____

Nato a il _____

NUMERO DI TELEFONO _____

NOME E COGNOME DEL MEDICO CURANTE _____

INFORMAZIONI GENERALI

È stato in contatto con persone risultate positive al Covid-19? SI NO

In caso positivo ha osservato la quarantena (sono passati almeno quindici giorni dall'ultimo contatto)?
SI NO

Ha già effettuato il tampone rinofaringeo per la ricerca del virus responsabile della polmonite Covid-19?
SI NO

In caso affermativo, è risultato positivo? SI NO

E' stato ricoverato di recente in qualche struttura ospedaliera? SI NO

In caso affermativo può indicarci quale? _____

SINTOMATOLOGIA

Ha sintomi influenzali? SI NO

In caso positivo:

Febbre $\geq 37,5$ SI NO

Senso di stanchezza SI NO

Tosse SI NO

Difficoltà respiratorie di qualche tipo? SI NO

Raffreddore? SI NO

Congiuntivite?	SI NO
Dolori muscolari?	SI NO
Diarrea? (ultimi 15 giorni)	SI NO
Alterazione gusto e/o olfatto	SI NO
Altro da segnalare:	

CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL TEST COVID 19

Il Test Rapido Covid-19 è un test di screening qualitativo per la ricerca di anticorpi contro il virus SARS-CoV2 responsabile della polmonite COVID-19. Viene effettuato su pazienti asintomatici, non sostituisce il tampone, ma fornisce informazioni complementari. Viene eseguito su siero a seguito del prelievo. La lettura permette di evidenziare la presenza degli anticorpi IgG, indicatori di avvenuta infezione da COVID-19 e di stato attuale di immunità e IgM, indicatori (da soli o con anticorpi IgG) di una possibile infezione in atto.

L'assenza di anticorpi non dà certezza rispetto all'assenza di contagio, in quanto gli anticorpi si sviluppano dopo 15 giorni dalla contrazione del contagio.

Dichiaro che le informazioni riportate nel questionario anamnestico rispondono al vero.

Inoltre dichiaro di aver preso visione dell'informativa completa relativa al test rapido Covid 19 e, con la sottoscrizione del presente documento, presto il consenso all'effettuazione del test, al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 (GDPR) e alla trasmissione degli stessi alle autorità sanitarie competenti per le eventuali indagini diagnostiche ed epidemiologiche qualora richiesto.

Data

Firma
