

**Consenso Informato all'esecuzione del test Sierologico  
Qualitativo / Quantitativo per SARS-CoV-2  
Triage in Sala Prelievi**Dpz 61  
rev 03  
02-09-2021**Consenso informato**

Io sottoscritto/a	
Nato a	Il
Residenza	
Domicilio ( <i>se diverso da residenza</i> )	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	E-mail
Medico prescrittore	Cell.
Azienda di appartenenza ( <i>solo se il test è richiesto dal Medico Competente</i> )	

In qualità di genitore/tutore di (*da compilare solo nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo*):

Nome e cognome
Codice fiscale

**Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa e con la presente do il consenso :**

- all'esecuzione del test sierologico per la ricerca di anticorpi Anti-SARS-CoV-2;
- a sottopormi, in caso di positività, se non vaccinato, al tampone nasofaringeo molecolare di conferma da effettuare durante la stessa seduta e di permanere;
- di permanere a domicilio in isolamento in attesa dell'esecuzione e refertazione di un tampone molecolare da parte del Servizio Pubblico;
- al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2; ed all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

**Consenso Informato all'esecuzione del test Sierologico  
Qualitativo / Quantitativo per SARS-CoV-2  
Triage in Sala Prelievi**

Dpz 61  
rev 03  
02-09-2021

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Triage in Sala Prelievi**

**VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA**

Ha effettuato la vaccinazione anti-Covid 19?	NO: SI: QUANDO ULTIMA DOSE?
Ha avuto contatto stretto con un caso SOSPETTO O CERTO di COVID-19?	NO: SI:
Ha eseguito il TAMPONE naso-orofaringeo per diagnosi di COVID-19?	NO: SI: Era positivo? NO: SI:
Ha eseguito il test sierologico per COVID-19?	NO: SI: Era positivo? NO: SI:
E' in isolamento domiciliare, contumacia o fiduciario, per COVID19?	NO: SI:

**VALUTAZIONE CLINICA**

Ha febbre > 37,5?	NO: SI:
Ha tosse, mal di gola, raffreddore, bruciore agli occhi, perdita di gusto e olfatto, vomito o diarrea?	NO: SI: Quale sintomo?

Io sottoscritto, consapevole di quanto prescritto all'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 sulla responsabilità penale (artt. 482-483-489 e 496 c.p. e leggi speciali in materia) a cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di falsa attestazione e sotto la mia responsabilità, attesto che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

**La mia Temperatura corporea è di \_\_\_\_\_ gradi.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore di triage \_\_\_\_\_