

**Consenso Informato all'esecuzione del test Antigene rapido
e Tampone biomolecolare per SARS-CoV-2
Triage in Sala Prelievi**Dpz 63
rev 03
19/07/2022**Consenso informato**

Io sottoscritto/a	
Nato a	II
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	E-mail

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

Nome e cognome	
Nato a	II
Codice fiscale	

Dichiaro:

- di non avere sintomi riferibili ad infezione da COVID19;
- di essere stato informato sulla tipologia di test da somministrare, su eventuali rischi e sul significato dell'esito positivo o negativo del test;
- di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa riguardo 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 sa SARS CoV 2;

Data _____ Firma _____

E con la presente do il consenso

- all'esecuzione del test antigenico/molecolare per la ricerca del SARS-Cov-2
- in caso di positività a permanere in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP:

Data _____ Firma _____

**Consenso Informato all'esecuzione del test Antigene rapido
e Tampone biomolecolare per SARS-CoV-2
Triage in Sala Prelievi**

Dpz 63
rev 03
19/07/2022

– all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

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, contumaciale 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 _____