

Sezione 1 - Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Lab. <input type="checkbox"/> _____
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	Contact tracing Screening Altro _____
Sezione 3 - Tipo di esame	
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"/>	Data inizio sintomi: _____
Sintomatico	
<input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C <input type="checkbox"/> Alterazione gusto <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Alterazione olfatto <input type="checkbox"/> Dolori muscolari <input type="checkbox"/> Cefalea, <input type="checkbox"/> Mal di gola <input type="checkbox"/> Disturbi intestinali
<p>IL PAZIENTE DICHIARA: - DI NON ESSERE IN STATO DI QUARANTENA O ISOLAMENTO; - DI AVER EFFETTUATO LA VACCINAZIONE ANTI COVID-19 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>IL PAZIENTE PRESTA IL CONSENSO all'esecuzione volontaria del:</p> <p><input type="checkbox"/> TAMPONE RAPIDO naso/faringeo per la ricerca dell'antigene SARS-Cov-2 <input type="checkbox"/> TEST SIEROLOGICO per il rilevamento di anticorpi IgG e/o IgM SARS-Cov-2 e dichiara di essere consapevole dei limiti diagnostici legati alla tecnica;</p> <p>➤ al trattamento dei dati personali, anche per le finalità epidemiologiche e amministrative nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di privacy (Regolamento UE n. 2016/679); ➤ alla comunicazione via <i>e-mail</i> del referto al seguente indirizzo (SCRIVERE IN STAMPATELLO):</p> <p>_____</p>	
<p>NOTA BENE: in caso di paziente MINORENNE indicare sotto le generalità del genitore COGNOME _____ NOME _____</p>	
Data _____	FIRMA PAZIENTE _____ (o di chi ne fa le veci) (LEGGIBILE)