

SCHEDA PRE-TRIAGE - QUESTIONARIO

Cognome _____ Nome _____ C.Fiscale _____

Indirizzo di residenza completo _____

Recapiti telefonici

Recapiti mail

Documento di identità Tipo _____ n. _____ rilasciato da _____

MEDICO CURANTE

telefono

MEDICO COMPETENTE

Gravidanza Sì No ; Data presunta del parto _____

FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C Sì No

TOSSE/ MAL DI GOLA / RAFFREDDORE Sì No

DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA Sì No

DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA Sì No

NAUSEA/VOMITO/DIARREA Sì No

ALTERAZIONE DEL GUSTO/ OLFATTO Sì No

È ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O IN QUARANTENA? Sì No

(barrare le caselle le cui condizioni ricorrano negli ultimi 14 giorni)

Vive nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19

È un Operatore Sanitario/ha frequentato una Struttura nella quale sono ricoverati casi sospetti o confermati di COVID-19

Il test è disponibile per tutti i soggetti senza sintomi, ovvero coloro che non presentino quelli indicati dal Ministero della Salute. I test sierologici NON sostituiscono il test di conferma per la Covid-19 (tampone). Questi test possono essere utilizzati come indagini complementare alla ricerca diretta di SARS-Cov-2 nel distretto orofaringeo e delle alte vie respiratorie, in pazienti senza sintomi di malattia (asintomatici), anche al fine di contribuire a prevenire la trasmissione del virus. Ricordiamo che ad oggi il test di conferma per la Covid-19 è il tampone eseguito con tecniche di biologia molecolare. In caso di esito positivo del test sierologico, si raccomanda di rimanere in isolamento sino all'esecuzione del tampone, secondo le disposizioni delle autorità competenti. Si informa che copie dei referti e della scheda anamnestica dei pazienti che si sottopongono al test devono essere inviate al dipartimento di prevenzione della ASL dove insiste il laboratorio (o all'ente di riferimento che venisse comunicato dalla Autorità Sanitaria competente).

CONSENTE SPECIFICAMENTE DI INVIARE COPIA DEL SUO REFERTO AL MEDICO COMPETENTE della ditta (società, assicurazioni,

uffici, altri ENTI)

Firma leggibile

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli art. 5 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Avellino, data

Firma leggibile

Firma OPERATORE

I dati sopra riportati sono raccolti e trattati da personale autorizzato per finalità di interesse pubblico di protezione dall'emergenza sanitaria "Covid-19" e obblighi di legge, e saranno conservati per il tempo necessario a perseguire tali finalità. I dati di contatto per esercitare i Suoi diritti in tema di protezione dei dati sono disponibili sul sito www.laboratoriosanmodestino.it