

ASP COSENZA
SCHEDA RICHIESTA TEST MOLECOLARE SARS-CoV-2

PARTE RISERVATA AL PAZIENTE

COGNOME:		NOME:	
CODICE FISCALE:			
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		NAZIONALITA':	
DATA DI NASCITA: ___ / ___ / _____		LUOGO DI NASCITA:	
RESIDENZA - Comune (Provincia):			
RESIDENZA - Via/n°:			
DOMICILIO (se diverso da residenza) - Comune (Provincia):			
DOMICILIO - Via/n°:			
TEL.:		EMAIL:	
PROFESSIONE:			
COMUNE e LUOGO DI ESPOSIZIONE:			
SINTOMI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Specificare quali:	
DATA INSORGENZA SINTOMI: ___ / ___ / _____			
VACCINAZIONE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		VACCINO:	DOSI:
NOTE EPIDEMIOLOGICHE:			
<input type="checkbox"/> SOSPETTO/CONTATTO STRETTO <input type="checkbox"/> COVID + <input type="checkbox"/> SCREENING (ricovero/partenza)			
MEDICO di MEDICINA GENERALE del paziente: DR./DR.SSA			

CONSENSO INFORMATO

SOTTOSCRITTO GENITORE TUTORE

COGNOME:		NOME:	
DATA DI NASCITA e LUOGO: ___ / ___ / _____			

Rischi dell'esame: rinorrea, possibile epistassi, evocazione dello stimolo emetico, algie nella sede di campionamento di breve durata, lacrimazione.

Il sottoscritto dichiara di acconsentire:

- a essere sottoposto a un prelievo di materiale biologico mediante tampone orofaringeo e nasofaringeo;
- all'utilizzo dei propri dati clinici ed epidemiologici necessari all'analisi dei campioni biologici e alla successiva refertazione degli esiti;
- a effettuare analisi genetiche per la caratterizzazione molecolare su campioni biologici per l'infezione da SARS-CoV-2.

Per quanto precede, autorizzo nel rispetto del GDPR n° 679/2016, il trattamento dei dati personali sensibili.

Firma del paziente/genitore/tutore

Data e Luogo

___ / ___ / _____

PARTE RISERVATA AL SANITARIO

Identificativo e firma del Sanitario della Struttura Richiedente

Cognome Nome:		Cellulare:	
<input type="checkbox"/> Medico ospedaliero	<input type="checkbox"/> MMG/PLS	<input type="checkbox"/> Operatore 118	
<input type="checkbox"/> Dip. Di Prevenzione	<input type="checkbox"/> Medico USCA	<input type="checkbox"/> Infermiere USCA	

Data richiesta:
___ / ___ / _____

Firma del richiedente:

DATA PRELIEVO:
___ / ___ / _____

Timbro e firma del Sanitario che effettua il prelievo