

CONSENSO INFORMATO E ANAMNESI PER ACCESSO TEST SIEROLOGICO COVID-19

Cognome _____	Nome _____	
Data Nascita _____	Luogo Nascita _____	Sesso (M/F) _____
e-mail: _____	tel: _____	

Controllo per l'accesso da parte degli utenti del Centro Analisi Cliniche San Paolo alla prestazione Test Sierologico Covid-19 atto a contenere il rischio di diffusione del Virus COVID-19

1) *E' attualmente affetto da COVID19 o posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva?*

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

2) *Ha mai effettuato tamponi per Covid-19?*

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

3) *Negli ultimi 14 giorni, sei entrato in contatto con qualche caso sospetto o accertato di coronavirus?*

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

4) *Lavori in una clinica, in un ospedale, in una casa di riposo o in un centro di assistenza per anziani?*

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

5) *Sei un operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza diretta di un caso sospetto o confermato di COVID-19*

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

6) *Al momento hai uno di questi sintomi:*

Aumento della temperatura superiore a 37,5° C

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Tosse

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Gola infiammata

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Difficoltà respiratoria

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Alterazione del gusto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Alterazione dell'olfatto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Il Centro Analisi Cliniche San Paolo si riserva il diritto di rifiutare l'accesso alla prestazione in presenza di indicazioni non in linea con le misure di sicurezza anti-covid-19

- Autorizzo il personale del Centro Analisi Cliniche San Paolo a rilevare la mia temperatura corporea mediante termometro a distanza a infrarossi
 SI NO
- Autorizzo il Centro Analisi Cliniche San Paolo ad inviare copia della scheda anamnestica e del referto (solo nel caso in cui ne ricevesse richiesta e per fini epidemiologici) al dipartimento di prevenzione della ASL dove insiste il laboratorio (o presso l'ente di riferimento che venisse comunicato dalla Regione o dalla ASL).
 SI NO
- Autorizzo il personale del Centro Analisi Cliniche San Paolo a trasmettere il risultato del test (e solo qualora realmente necessario) al mio medico curante
 SI NO
- Sono stato informato dal personale del Centro Analisi Cliniche San Paolo circa il valore non diagnostico del test ai fini della diagnosi da infezione da COVID 19, e che il test determina esclusivamente la presenza degli anticorpi ricercati.
 SI NO

Il laboratorio conserverà comunque una copia sia del referto che della presente scheda

Il Centro Analisi Cliniche San Paolo si riserva il diritto di rifiutare l'accesso alla prestazione in assenza delle suddette autorizzazione

Data _____

Firma leggibile _____

I presenti dati vengono trattati ai sensi del Regolamento Ue n.679/2016 (cd. GDPR) esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19, in esecuzione del protocollo di sicurezza anti-contagio adottato ai sensi dell'art.1 n.7, letl.d) del DPCM 11 Marzo 2020 e del Protocollo condiviso Governo/Parti sociali del 24/04/2020trovano applicazione