



DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____ sesso M F

Nato/a _____ Provincia o nazione estera _____ In data ____/____/____

Residente in _____ Via/P.zza _____ N. _____ ASL _____

Mail. _____ @ _____

Cellulare _____ Codice Fiscale _____

Tessera sanitaria (ultimi 8 numeri dell'ultima riga sul retro) _____ Scadenza ____/____/____

Documento: C. Identità Patente Passaporto Numero documento _____

L'inserimento della tessera sanitaria e/o del documento per chi ne è sprovvisto è indispensabile per il rilascio del Green Pass.

Il paziente è tenuto a compilare in modo completo e leggibile, scrivendo in stampatello, tutti i campi sopra riportati e ad indicare in dettaglio nello spazio sottostante eventuali richieste supplementari relative alle modalità di refertazione (lingua, ora e data di refertazione, necessità di inserire parametri particolari quali n. documento etc). In caso di mancata osservanza di quanto riportato la struttura non si assume responsabilità nel caso non sia possibile rilasciare specifica documentazione (green pass, documenti indispensabili per viaggi etc).

Nel caso sia necessario ricevere il referto in urgenza, in anticipo rispetto a quanto riportato sul documento di accettazione (tale procedura può comportare costi supplementari), il tempo limite di consegna va specificato nelle note sottostanti:

Note e/o richieste: _____

Intende effettuare un **tampone**? SI NO quale? **rapido antigenico** **molecolare PCR**

Intende effettuare un **test sierologico**? SI NO quale? **rapido qualitativo** **quantitativo CLIA**

Motivo: Controllo Presenza di sintomi Contatto con positivi Fine isolamento o quarantena

Controllo pre o post-vaccinazione Conferma presenza anticorpi Conferma positività al tampone rapido

Viaggi e trasferte Lavoro Attività sportiva Attività scolastica Accesso struttura sanitaria

Rilascio Green Pass temporaneo Altro _____

ADESIONE E CONSENSO AI TEST

Alla luce di quanto esposto nella pagina retrostante, e consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria

manifesto la volontà di sottopormi agli accertamenti richiesti tramite la struttura sanitaria abilitata e di aderire al percorso definito in caso di positività

Firma _____

esprimo il mio consenso al ritiro dei referti on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato con conseguente esecuzione del test molecolare, in caso di positività

Firma _____

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali: i dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento è l'IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine sierologica e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test sierologico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Firma _____

DATA _____

SOLO nel caso in cui l'interessato sia un soggetto MINORE d'età o INCAPACE d'intendere e/o volere

Il/la sottoscritto/a _____ Nato a _____ il ____/____/____

Documento: C. Identità Patente Passaporto Numero documento _____

ha espresso il consenso a quanto riportato nella pagina retrostante in qualità di _____

Firma _____

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Nell'ambito delle attività di controllo dell'epidemia Covid-19, la Regione Lazio con D.G.R. 24 aprile 2020, n. 209 e con determinazione del 12 maggio 2020 ha avviato un programma per l'esecuzione di test e a disciplinare il percorso di esecuzione e registrazione di test sierologici e tamponi, assicurando che ciò avvenga all'interno di un ambito di sicurezza, di correttezza clinica e di tracciabilità, in modo da soddisfare le esigenze di imprese e cittadini legate alla sorveglianza della diffusione del virus SARS-CoV-2. La struttura sanitaria abilitata allo svolgimento del test/ la ASL che svolge l'esecuzione del test molecolare in modalità drive in e la Regione raccoglieranno e registreranno i suoi campioni nell'indagine insieme ai suoi principali dati identificativi (data di nascita, residenza, eventuale amministrazione di appartenenza) ed eventuali sintomi riferibili a COVID-19: tutto ciò verrà utilizzato e trattato limitatamente allo scopo espresso dalla D.G.R. 209/2020 e dalla determina del 12 maggio 2020, esclusivamente per il periodo di tempo necessario alla gestione delle azioni utili a contrastare l'emergenza COVID-19. I campioni ed i suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture deputate e non ceduti in nessun modo a terzi, in linea con il GDPR 2016/679, con il D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs 101/2018 e secondo le disposizioni

Informazioni sui tamponi

I test antigenici sono test immunologici che rilevano la presenza di uno o più antigeni specifici virali, indicativi di una infezione virale in corso. Danno risultati migliori se la persona è sottoposta ad indagine nelle prime fasi dell'infezione da SARS-CoV-2, quando la carica virale è generalmente più alta e nelle prime fasi sintomatiche di malattia (entro 5-7 giorni da inizio sintomi). Rispetto ai test molecolari, nel complesso, hanno sensibilità minore e specificità buona.

Dopo aver effettuato il tampone il paziente ha l'obbligo di rendersi reperibile, in attesa della risposta che verrà comunicata telefonicamente al recapito indicato e inviata via mail. Il test antigenico viene eseguito in regime privatistico al costo di 22,00 euro; presso la struttura pubblica il costo dell'esame è di 13,94 euro.

Cosa significa un test negativo

Il riscontro di una negatività al tampone rapido indica con un elevato livello di probabilità che il virus non è presente nell'organismo ma non esclude che ci si trovi in una fase di incubazione e che la positività possa riscontrarsi nei giorni successivi.

Cosa significa un test positivo

In caso di positività al test rapido l'utente ha l'obbligo di contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e di rispettare, da subito, le norme legate al distanziamento sociale, ponendosi in isolamento (nel suo domicilio o in altra struttura) e dovrà seguire le istruzioni della determinazione del 12 maggio 2020 allo scopo di sottoporsi, prima possibile, ad un tampone, assicurando il rispetto delle misure di distanziamento.

In linea con quanto previsto dalla Regione Lazio nella nota Prot. 1002084 del 19/11/2020 con oggetto "Modalità di erogazione test antigenici laboratori privati e variazione procedura per test molecolari di conferma", i soggetti interessati dovranno recarsi presso uno dei drive in regionali con prescrizione del MMG/PLS per la conferma del risultato di positività attraverso Test Molecolare; è possibile effettuare il Test Molecolare di conferma anche presso le strutture autorizzate al costo, indicato nella nota regionale suddetta (Prot. 1002084 del 19/11/2020) di 60,00€/test.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA PER RISCHIO COVID-19

Professione: _____ Azienda/Scuola: _____ Medico curante: _____

Ultimo giorno di presenza sul lavoro/scuola: _____ Smart working Cassa integrazione DAD

Hai avuto recentemente sintomi compatibili con Covid-19? NO SI Data inizio: _____

Febbre Tosse Raffreddore Difficoltà respiratoria Congiuntivite Perdita olfatto e/o gusto Cefalea Astenia Dolori muscolari)

Hai avuto contatti* con casi sospetti o accertati di Covid-19? NO SI

(Nome contatto _____ Luogo _____ Data _____)

*PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE DI UN METRO SUPERIORE A 15 MINUTI

Hai eseguito un tampone per la ricerca del Covid-19? NO SI

(Data _____ Esito _____) (Data _____ Esito _____) (Data _____ Esito _____)

Hai eseguito un test sierologico per la ricerca degli anticorpi Covid-19? NO SI

(Data _____ Esito _____) (Data _____ Esito _____) (Data _____ Esito _____)

Hai eseguito vaccinazione Covid-19? NO SI Data 1° dose _____ Data 2° dose _____

Tipo vaccino Pfizer Moderna Astrazeneca Altro _____

NON COMPILARE LO SPAZIO SOTTOSTANTE

| NOMINATIVO | RELAZIONE | CONV/CONT | ETA' | LAVORO | SINTOMI | TAMPONE |
|------------|-----------|-----------|------|--------|---------|---------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |