



SCHEDA ANAMNESTICA COVID-19

COGNOME				NOME			
NATO/A a			IL			C.F.	
RESIDENTE				COMUNE			
CAP	PROV	CELL			E-MAIL		
STAMPATELLO							
AZIENDA RICHIEDENTE							

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI AVER AVUTO I SEGUENTI SINTOMI

DATA INIZIO SINTOMI

- ☐ NESSUNO
☐ FEBBRE
☐ DISPNEA
☐ MAL DI GOLA
☐ TOSSE

- ☐ RINORREA
☐ CEFALEA
☐ DIARREA
☐ ALTERAZIONI OLFATTO
☐ ALTERAZIONI GUSTO

DATA FINE SINTOMI

- ☐ CONGIUNTIVITE
☐ EMOTTISI
☐ ALTRI

- ☐ TAMPONE PER COVID-19 IN DATA _____ PRESSO _____ CON ESITO _____
☐ DI ESSERE VENUTO A CONTATTO DIRETTO CON PERSONE INFETTE (INDICARE LA DATA DI ULTIMO CONTATTO) _____

- ☐ ESEGUITO VACCINO ANTI-INFLUENZALE 2020 ☐ 2021 ☐
☐ ESEGUITO VACCINO COVID-19 ☐ NO ☐ SÌ (SOLO PRIMA DOSE) ☐ SÌ (PRIMA E SECONDA DOSE)
☐ TIPO DI VACCINO RICEVUTO _____

<input type="checkbox"/>	INFORMATIVA AI TEST	<input type="checkbox"/>
TEST SIEROLOGICO		TAMPONE RINO-FARINGEO
<p>Il test in chemiluminescenza (CLIA) è un test per la ricerca quantitativa della presenza di anticorpi IgG e IgM anti COVID-19 su prelievo venoso.</p> <p>L'assenza di anticorpi non fornisce certezza di assenza del contagio poiché la tempistica di sieroconversione degli anticorpi ricercati è individuo specifica, non ancora ufficialmente nota e stabilita, pertanto si consiglia di attendere un periodo di 15 gg dalla comparsa dei sintomi per una maggiore sensibilità al test.</p> <p>Si richiede massima attenzione e collaborazione per la compilazione del presente modulo</p>		<p>Il test real-time PCR (RT-PCR) è un test per la ricerca di RNA virale su tampone oro e rino faringei.</p> <p>L'assenza di RNA virale non fornisce certezza di assenza del contagio poiché la tempistica di incubazione virale è individuo specifica, non ancora ufficialmente nota e stabilita, pertanto si consiglia di attendere un periodo di 4-8 gg dalla comparsa dei sintomi e/o dal contatto con soggetti positivi per una maggiore sensibilità al test.</p> <p>Si richiede massima attenzione e collaborazione per la compilazione del presente modulo</p>

DICHIARO che le informazioni riportate nel questionario anamnestico rispondono al vero.

DICHIARO di aver preso visione dell'informativa completa relativa al test per Covid-19 e, con la sottoscrizione del presente documento, presto il mio consenso all'esecuzione dello stesso, al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del regolamento EU 679/2016 (GDPR) e alla trasmissione degli stessi alle autorità sanitarie competenti per le eventuali indagini di ricerca, diagnostiche ed epidemiologiche.

LUOGO E DATA

FIRMA