

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	Medico    Infermiere    Laboratorista _____
Data dell'intervista:	Luogo
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato	
Cognome	Nome
Codice Fiscale	Sesso
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	Via
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare
Indirizzo email	
<b>CATEGORIA DI APPARTENENZA DEL SOGGETTO SOTTOPOSTO A TEST</b>	Contact tracing    Screening Altro _____
Sezione 3 Tipologia dei test effettuati	
Test sierologico tipologia A	SI      NO      Data _____
Test sierologico tipologia B	SI      NO      Data _____
Test sierologico rapido tipologia C	ESITO positivo    ESITO negativo    Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D	SI      NO      Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E	ESITO positivo    ESITO negativo    Data _____
Altro test specificare _____	SI      NO      Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	(Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)
Sintomatico	<b>Data inizio sintomi:</b> _____
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C <input type="checkbox"/> Alterazione gusto
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Alterazione olfatto
<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Dolori muscolari <input type="checkbox"/> Mal di gola
	<input type="checkbox"/> Cefalea, <input type="checkbox"/> Disturbi intestinali
<input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero – Data:	
<input type="checkbox"/> Deceduto – Data:	

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'intervistato \_\_\_\_\_

Firma del sanitario \_\_\_\_\_



## **INFORMATIVA Coronavirus – SARS- Cov-2 test rapido su card tamponi di tipo E**

### **Caratteristiche del patogeno**

Il SARS-CoV-2 (Coronavirus 2 della SARS) è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019).

### **Caratteristiche del Test**

1. Il test "Panbio™ COVID-19 Ag Rapid Test Device " è un test rapido diagnostico *in vitro* per la ricerca qualitativa dell'antigene SARS CoV- 2 (Ag) in campioni umani da tampone rinofaringeo provenienti da individui che soddisfano criteri clinici e/o epidemiologici COVID-19. Il dispositivo Panbio™ COVID-19 Ag Rapid Test Device è solo per uso professionale ed è destinato ad essere utilizzato come ausilio nella diagnosi dell'infezione da SARSCoV2
2. Il test fornisce risultati preliminari. I risultati negativi non precludono l'infezione da SARS-CoV-2 e non possono essere utilizzati come unica base per il trattamento o per altre decisioni di gestione. I risultati negativi devono essere combinati con le osservazioni cliniche, l'anamnesi del paziente e le informazioni epidemiologiche.
3. Test per le indagini rapide, eseguite su card che prevedono un prelievo rinofaringeo mediante swab, con successivo rapido trattamento per una deposizione e lettura tramite tecnica immunocromatografica su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV-2,
4. (il "Test") NON SOSTITUISCE la ricerca dell'RNA virale con tecnica molecolare (da tampone rinofaringeo) che, per il momento, è l'unico definitivamente diagnostico, come da Circolare Ministeriale n. 0016106 del 09/05/2020 e successive modifiche, che specifica che il test è utile nella valutazione epidemiologica della circolazione del virus.

### **Come si esegue**

Il Test viene eseguito con effettuazione di tampone rinofaringeo, effettuato come da norme vigenti e consente la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV-2,

### **Possibili risultati del Test**

1. Risultato NEGATIVO o NON REATTIVO di antigeni specifici per SARS CoV-2,
2. Risultato POSITIVO o REATTIVO di antigeni specifici per SARS CoV-2,
3. Risultato DUBBIO possibile interferenza di antigeni specifici per SARS CoV-2

I risultati dubbi o positivi andranno comunque confermati dal tampone rino-faringeo, per l'esecuzione del test diagnostico in molecolare RT-PCR.

In caso di risultato POSITIVO, il paziente dovrà sottoporsi autonomamente alla misura dell'isolamento domiciliare fiduciario e sottoporsi quanto prima al tampone rino-faringeo per la ricerca dell'RNA virale.



**Espressione e acquisizione del consenso informato:**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame di screening richiesto. Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

**DICHIARA**

di aver ricevuto dall'incaricato/a all'esecuzione del test sierologico esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale e di aver letto e compreso l'informativa e :

- ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS- Cov-2, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

**Cognome e nome leggibile del sanitario che ha raccolto il consenso**

\_\_\_\_\_

**Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ In Via \_\_\_\_\_

Numero di cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

**Data** \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO