

Gentile Assistito/Tutore, in occasione dell'accesso alla struttura, La invito a compilare il seguente questionario rispondendo alle domande elencate. Le Sue risposte ci saranno molto utili per verificare la presenza di alcuni sintomi attuali o recenti e per prevenire il rischio di contagio da Covid-19.

Grazie per la collaborazione.

Il Direttore Sanitario

Informativa Telefonica preliminare: Gentile paziente, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, il Titolare del Trattamento Athena SpA con sede in Piedimonte Matese (CE) alla Via Matese,90 desidera informarla che i dati che le saranno richiesti, eccedenti rispetto ad un normale trattamento di natura diagnostica laboratoristica, rientrano nella necessità di gestione dell'emergenza pandemica COVID-19. Tali dati sono trattati con lo scopo di garantire contestualmente la sua salute e quella di tutti i pazienti ed operatori della Athena SpA.

Il trattamento di tali dati è legittimo, in quanto basato sulla sua spontanea fornitura di tali informazioni ed è giuridicamente basato sull'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi del DPCM del 11/03/2020.

Le comunichiamo inoltre che tali dati potranno essere comunicati, sempre nel rispetto delle disposizioni normative vigenti a soggetti terzi quali:

- Suo Medico di Medicina Generale
- Azienda Sanitaria Locale di competenza
- Regione Campania

I menzionati destinatari di tale comunicazione agiranno in qualità di autonomi Titolari del Trattamento Tali dati non saranno soggetti a diffusione e saranno conservati fino al termine dell'emergenza.

L'informativa in merito a tale trattamento è reperibile, nella sua versione integrale, in laboratorio all'atto del suo accesso.

Desideriamo, in ultimo, informarla che l'accesso in struttura sarà consentito solo se munito di mascherine protettive e di guanti monouso e solo se l'indagine anamnestica non genererà dubbi sul rischio di ingresso di persona potenzialmente infettiva.

**Cognome e Nome del
paziente:**

Il questionario viene compilato
unicamente a cura della Athena
SpA:

(inserire cognome e nome del compilatore)

Si forniscono le informazioni in
qualità di (indicare il nominativo se
diverso dal paziente):

diretto interessato genitore coniuge tutore altro

La compilazione di tale sezione è condotta telefonicamente, in via preventiva e sarà sottoposta a firma del paziente all'accesso in struttura, corredata di copia del documento di riconoscimento.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____

Residente in _____ cap _____

Alla Via/Piazza _____ n. _____

ASL _____ Distretto Sanitario _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o certificazione di atti falsi (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.)

DICHIARA

1. Di essere risultato positivo al COVID -19 diagnosticato con tampone naso-orofaringeo:

- SI ed attualmente risulta negativo ai due tamponi di controllo
- SI e non ho l'esito negativo dei due tamponi di controllo
- NO

2. Di avere o non avere avuto i seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni:

| Sintomo | Si | No |
|-----------------------------------|----|----|
| Rialzo temperatura oltre 37,5 ° C | | |
| Raffreddore/Naso che cola | | |
| Mal di testa | | |
| Tosse/Mal di gola | | |
| Diarrea | | |

| Sintomo | Si | No |
|--------------------------------------|----|----|
| Vomito | | |
| Difficoltà Respiratorie | | |
| Sintomi o sensazioni di malessere | | |
| Anosmia (perdita capacità olfattive) | | |
| Ageusia (perdita gusto) | | |

3. Che i propri conviventi hanno avuto i seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni:

| Sintomo | Si | No |
|-----------------------------------|----|----|
| Rialzo temperatura oltre 37,5 ° C | | |
| Raffreddore/Naso che cola | | |
| Mal di testa | | |
| Tosse/Mal di gola | | |
| Diarrea | | |

| Sintomo | Si | No |
|--------------------------------------|----|----|
| Vomito | | |
| Difficoltà Respiratorie | | |
| Sintomi o sensazioni di malessere | | |
| Anosmia (perdita capacità olfattive) | | |
| Ageusia (perdita gusto) | | |

4. Che i propri conviventi sono risultati positivi al COVID -19 diagnosticato con tampone naso-orofaringeo:

- SI ed attualmente risultano negativi ai due tamponi di controllo
- SI e non hanno l'esito negativo dei due tamponi di controllo
- NO

5. Di aver avuto contatti con persone fisiche, negli ultimi 15 giorni, con sintomatologia febbrile o con tosse o persone fisiche di cui è noto il contagio del Covid_19

- SI ed è stato mantenuto un livello di isolamento per n. _____giorni
- NO

6. Che i propri conviventi hanno avuto contatti con persone fisiche di cui è noto il contagio del Covid_19

- SI ed è stato mantenuto un livello di isolamento per l'interessato ed i conviventi per n. _____ giorni
- NO

Medico di Medicina Generale _____

Codice Regionale _____ Codice Fiscale _____

Data ____/____/____ Firma dell'operatore (per indagine telefonica) _____

Data ____/____/____ Firma del paziente (all'accesso in struttura) _____

CONSENSO ALLA ESECUZIONE DEL TEST SIEROLOGICO PER COVID 19

Il Test Sierologico per Covid-19 è un test di screening quantitativo per la ricerca di anticorpi contro il virus SARS-CoV2 responsabile della polmonite COVID-19. Viene effettuato su pazienti asintomatici, non sostituisce il tampone, ma fornisce informazioni di ausilio diagnostico. Viene eseguito su prelievo di sangue venoso.

L'esame permette di evidenziare la presenza degli anticorpi IgG, indicatori di avvenuta infezione da COVID-19 e IgM, indicatori (da soli o con anticorpi IgG) di una possibile infezione in atto.

Così come disposto dalla circolare ministeriale del 3 aprile 2020, l'assenza del rilevamento di anticorpi (non ancora presenti nel sangue di un individuo per il ritardo che fisiologicamente connota una risposta umorale rispetto all'infezione virale) non esclude la possibilità di un'infezione in atto, con conseguente rischio di trasmissione della contagiosità ad altro individuo.

I test così effettuati non-costituiscono in nessun caso certificazione dello stato di malattia/contagiosità o guarigione dell'individuo che lo ha effettuato.

DICHIARO

Le informazioni riportate nel questionario anamnestico rispondono al vero. Inoltre, dichiaro di aver preso visione dell'informativa completa relativa al test Covid 19 e, con la sottoscrizione del presente documento, presto il consenso all'effettuazione del test, 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 diagnostiche ed epidemiologiche.

Data: ____/____/____

Firma dell'operatore

Firma dell'assistito o genitore/tutore