

TEST SIEROLOGICO QUANTITATIVO PER COVID 19

COGNOME		NOME	
NATO A		IL	
TELEFONO		CELLULARE	
NOME E COGNOME DEL MEDICO CURANTE			

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

	SI	NO
È sottoposto/a attualmente a regime di quarantena obbligatoria?		
Ha sintomi influenzali?		
Ha Febbre > 37,5?		
Ha Tosse?		
Ha Difficoltà respiratorie?		
Ha alterazioni del gusto e/o olfatto?		
Ha Congiuntivite?		
Ha Diarrea?		
Altro		

CONSENSO ED INFORMATIVA 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. Il test non sostituisce il tampone, ma fornisce informazioni di ausilio diagnostico. Viene eseguito su prelievo di sangue venoso.

L'assenza del rilevamento degli anticorpi non esclude la possibilità di un'infezione in atto, con conseguente rischio di contagiosità.

Questi TEST non costituiscono in nessun caso certificazione dello stato di malattia/contagiosità o guarigione dell'individuo che lo ha effettuato.

Si comunica che la Struttura erogatrice ha l'obbligo di informare quanto segue:

1) tutti gli esiti del test sierologici saranno inviati alla Regione Campania in particolare alla So.Re.Sa. S.p.A. quale partner tecnologico;

2) i soggetti che si sottopongono al test esprimono la volontarietà di adesione a tutto il percorso di screening e alla modalità di trattamento dei dati sanitari;

3) che i dati trattati per le finalità in esame saranno cancellati trascorsi quarant'anni dalla raccolta;

4) che a seguito di positività del sierologico con metodica Chemiluminescenza o ELISA, i soggetti dovranno rispettare l'isolamento domiciliare, fino all'esito negativo del test molecolare.

Inoltre questa Struttura Sanitaria, in caso di esito POSITIVO, informerà tempestivamente il Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente per la residenza/domicilio dell'utente a cui spetta il compito di avviare l'iter per sottoporre l'assistito ad indagini con tampone oro-naso-faringeo.

DICHIARO

Le informazioni riportate nel questionario anamnestico rispondono al vero. Di aver compreso l'informativa sopra riportata e presta il consenso all'effettuazione del test e al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 (GDPR)

Data: ___ / ___ / ____

Firma di chi presta il consenso

Firma del sanitario che informa

Istituto Diagnostico Varelli S.r.l.

Via Cornelia dei Gracchi, 65 - 80126 Napoli - Segreteria Pazienti 081 767.22.02 | Fax 081 715.97.21
Partita IVA - 06028690631