Questionario Covid

Sezione 1- Dati dell’intervistatore Parte riservata all’intervistatore

Cognome

Nome

Struttura di appartenenza

Data dell’intervista

Sezione 2 – Dati del soggetto esaminato Scrivere qui sotto in stampatello

Cognome

Nome

Codice fiscale

Sesso

Data di nascita

Comune di residenza

Struttura di appartenenza

Residenza

GENITORE/ o di chi ne fa le veci

Nome

Cognome

Telefono cellulare

Indirizzo mail

Sezione 3 – Tipologia di test effettuato

Tampone rino/faringeo rapido

qualitativo di primo livello su card

tipologia E                 □NO              □SI               data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sezione 4 – anamnesi del paziente

Dal 1 marzo ad oggi ha mai avuto qualcuno dei seguenti sintomi?

Alterazione dell’olfatto  □SI           □NO

Alterazione del gusto  □SI           □NO

Febbre ≥ 37,5 °C  □SI           □NO

Stanchezza  □SI           □NO

Dolori muscolari  □SI           □NO

Mal di gola  □SI           □NO

Tosse secca  □SI           □NO

Congestione nasale  □SI           □NO

Rinorrea( naso colante)  □SI           □NO

Dispnea (difficoltà respiratoria)  □SI           □NO

Diarrea  □SI           □NO

Cefalea  □SI           □NO

Dolori addominali  □SI           □NO

Ha effettuato il vaccino antinfluenzale □SI           □NO

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        Firma dell’intervistato/GENITORE

                                                                             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato n.2

Modulo di Consenso informato per Test rapido su card (tampone di tipo E) per la ricerca

dell’antigene SARS- Cov-2

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 “ e 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 e solo per uso professionale ed e 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 rapido 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 rinofarinego, 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

In caso di risultato POSITIVO, il paziente adotterà tutte le cautele del caso e dovrà immediatamente comunicare al proprio medico di famiglia che attiverà la procedura di competenza.

Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il GENITORE/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ avendo ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame Test rapido su card tamponi di tipo E per la ricerca dell’antigene SARS- Cov-2, dall’incaricato/a all’esecuzione del test ed esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale, di aver letto e compreso l’informativa ed essendo a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame, DICHIARA di:

□ ACCONSENTIRE □ NON ACCONSENTIRE

all’esecuzione dell’esame Coronavirus – SARS- Cov-2, impegnandosi alla trasmissione degli esiti al proprio medico curante (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy

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/GENITORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma del infermiere o Medico che ha raccolto il consenso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato n. 3

REFERTO

TEST ANTIGENICO RAPIDO ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag

(tampone rinofaringeo)

RAPID TEST Device Cod. 41FK10 Lotto n. ………………… Scadenza il ………………….

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Residente in via

Scuola di appartenenza o Plesso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di cellulare GENITORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo di ESITO Risultato del Test (Segnare con croce in corrispondenza del risultato riscontrato)

POSITIVO\*\*

NEGATIVO

INVALIDO\*\*

\*\* Nel caso di risultato positivo e/o invalido dovrà essere informato a CURA DELL’UTENTE/GENITORE  IL PROPRIO MEDICO CURANTE che provvederà per quanto di competenza ad informare il Dipartimento di Prevenzione ASL di Brindisi

Cognome e Nome di chi ha eseguito il test (a stampatello)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo in cui è stato eseguito il test:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di chi ha eseguito il test \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_