



SCRIVERE A STAMPATELLO IN MANIERA LEGGIBILE

CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO RAPIDO) PER COVID 19-Ag-RDTs.

Ai sensi dell'ART. 46 DPR 28/12/2020 N. 445, DICHIARO*

NOME..... COGNOME.....

DI ESSERE NATO/A A..... IL.....

DOMICILIO.....

DOC. RICONOSCIMENTO N°..... RILASCIATO DA.....

CODICE FISCALE.....

N° TESSERA SANITARIA (ultime 8 cifre)

DATA DI SCADENZA (SOLO PER CHI DESIDERA GREEN PASS)

EMAIL..... CELLULARE.....

(* i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del Test, è obbligatorio indossare correttamente la mascherina, esibire codice fiscale e documento di identità in corso di validità, l'accesso è consentito ad un singolo utente (salvo casi di presenza di minori o persone bisognose).

ACCONSENTE all'esecuzione del test antigenico rapido.

ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali.

Firma del dichiarante

.....

Il sopraindicato dichiarante ha eseguito in data odierna alle ore

Presso la Farmacia COSTA SAS il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

MESSINA data

Il Farmacista esecutore

.....

QUESTIONARIO COVID

I test vengono effettuati esclusivamente dietro appuntamento, nel rispetto delle norme previste per prevenire la diffusione del virus. In caso di sintomatologia respiratoria o febbre superiore a 37,5°C sarà necessario annullare l'appuntamento. Qualora l'utente sia entrato in contatto stretto con un soggetto risultato positivo a COVID-19 nelle 48h precedenti all'esecuzione del test, sarà necessario annullare l'appuntamento.

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome CELONA	
Nome ANNAMARIA	
Data dell'intervista	
Luogo MESSINA	
Sezione 2 – Dati del soggetto esaminato	
Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Sesso	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Comune di residenza	
Indirizzo di residenza	
ASP di residenza	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	
Sezione 3 – Tipo di esame	
Test sierologico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone antigenico rapido	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato attuale	
Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Rinorrea (naso colante)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dispnea (difficoltà respiratorie)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cefalea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Data _____

Firma _____