

AI SENSI DELL'ART. 46 DPR 28/12/2020 N. 445

IL DICHIARANTE

Nome..... Cognome

nato/a a il

domiciliato a..... doc. riconoscimento.....

n° Rilasciato da.....

data di rilascio data di scadenza.....

e-mailCellulare

con la sottoscrizione del presente modulo

ACCONSENTE

· all'esecuzione del test antigenico rapido.

ACCONSENTE

· al trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003.

Firma del dichiarante

.....

la parte sovrastante è da compilare a cura del dichiarante

Il sopraindicato dichiarante, ha eseguito in data odierna alle orepresso la Farmacia il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Luogo e data

Il Farmacista esecutore

.....

QUESTIONARIO COVID19

SEZIONE 1: DATI DELL'INTERVISTATORE

Cognome	
Nome	
data dell'intervista	
luogo	

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 appart. 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

REQUISITI INDEROGABILI PER POTER EFFETTUARE IL TEST COVID19

- Non deve avere avuto, nelle ultime 48hr, contatti stretti con persone affette da COVID-19, non deve avere febbre superiore a 37,5 °C, non deve presentare sintomatologia respiratoria (o assimilabile: es., anosmia);
- Deve rispettare le misure di prevenzione vigenti e quindi: osservare le disposizioni per il distanziamento fisico, indossare la mascherina, igienizzare le mani, farsi controllare la temperatura corporea subito prima dell'esecuzione del test (**in caso di temperatura superiore a 37,5 °C, non sarà possibile seguire il test**) abbassare la protezione respiratoria solo al momento dell'effettuazione del prelievo di campione biologico e riposizionarla subito dopo;
- Nel caso di somministrazione del test antigenico rapido nei confronti di un minore/incapace il test sarà condotto in presenza del genitore/tutore/soggetto affidatario, previa compilazione del modulo in allegato