

FISIOMEDICAL[®]

CENTER

RIABILITAZIONE - POLISPECIALISTICA - DIAGNOSTICA - PUNTO PRELIEVI

Via A. Cotani, 56 - 06100 PERUGIA (Zona Madonna Alta) - Tel. 075 500 57 73
Via della Repubblica, 4 - 06019 UMBERTIDE (PG) - Tel. 075 941 1078
Via Collodi, 3/F - 06012 CITTÀ DI CASTELLO (PG) - Tel. 0758520518

P. I.V.A. 01965700543 - info@fisiomedical.it - www.fisiomedical.it

Io sottoscritto/a	
Nato a	Il
Residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice fiscale	
Telefono/cellulare	
Medico prescrittore	Cell.
Azienda di appartenenza (solo se il test è richiesto dal Medico Competente)	

In qualità di genitore/tutore di (da compilare solo nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo):

Nome e cognome	
Nato a	Il
Codice fiscale	

Risultato del test antigenico

- NEGATIVO**
- POSITIVO**

Dichiaro di aver ricevuto e compreso quanto scritto nell'informativa

e con la presente do il consenso:

- all'esecuzione del test antigene per la ricerca del SARS-CoV-2;
- in caso di positività, a permanere a domicilio in isolamento in attesa delle disposizioni dell'ISP.

Data _____ Firma _____

- al trattamento dei dati personali e al trasferimento al sistema di biosorveglianza della Regione Umbria e alla Azienda USL ai fini di sorveglianza e contenimento dell'epidemia da SARS CoV 2;

Data _____ Firma _____

- all'uso dei miei dati in forma anonima per eventuali indagini epidemiologiche future

Data _____ Firma _____

FISIOMEDICAL[®]

CENTER

RIABILITAZIONE - POLISPECIALISTICA - DIAGNOSTICA - PUNTO PRELIEVI

Via A. Cotani, 56 - 06100 PERUGIA (Zona Madonna Alta) - Tel. 075 500 57 73
Via della Repubblica, 4 - 06019 UMBERTIDE (PG) - Tel. 075 941 1078
Via Coliodi, 3/F - 06012 CITTÀ DI CASTELLO (PG) - Tel. 0758520518

P. I.V.A. 01965700543 - info@fisiomedical.it - www.fisiomedical.it

SCHEDA TRIAGE PER ESECUZIONE TEST ANTIGENE PER SARS CoV 2

1. ANAGRAFICA PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo nascita _____
Via domicilio _____ Comune _____
Telefono _____
Nome e cognome del medico prescrittore _____

2. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Ha avuto contatto stretto con un caso SOSPETTO O CERTO di COVID-19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/> Se si QUANDO? _____
Ha fatto viaggi negli ultimi 14 giorni?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si DOVE? _____
Ha eseguito il TAMPONE naso-orofaringeo per diagnosi di COVID-19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si QUANDO? _____ Ha con sé il referto? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Era positivo? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha eseguito il test sierologico per COVID-19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si QUANDO? _____ Ha con sé il referto? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Era positivo? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
E' in isolamento domiciliare, contumaciale o fiduciario, per COVID19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

3. VALUTAZIONE CLINICA

Ha febbre > 37,5?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha tosse?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha mal di gola?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha raffreddore?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha bruciore agli occhi?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha difficoltà a respirare?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha perdita del gusto e dell'olfatto?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha vomito?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha diarrea?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Nei 14 giorni antecedenti la data odierna ha avuto uno o più sintomi fra quelli sopradescritti?*	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

**Nel caso di risposte negative procedere con l'appuntamento, da confermare il giorno dell'esecuzione del test. Nel caso di risposte positive, non effettuare l'accertamento e consigliare di rivolgersi al medico curante.*

Data triage telefonico _____ Firma dell'operatore di triage _____

Io sottoscritto, consapevole di quanto prescritto all'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 sulla responsabilità penale (artt. 482-483-489 e 496 c.p. e leggi speciali in materia) a cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di falsa attestazione e sotto la mia responsabilità, attesto che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data _____ Firma del paziente _____