

**RICHIESTA PER L'ESECUZIONE DEL TEST PER LA RICERCA DEL SARS-CoV-2**  
**TEST ESEGUITO PRESSO LABORATORIO CUSMAI**  
**DOCUMENTO DI ACCOMPAGNAMENTO TEST**

<b>Prenotazione per il giorno</b>	
<b>Struttura prenotante</b>	

**REGISTRAZIONE SOGGETTO**

Cod Fisc.			
Nome		Cognome	
data di nascita		Sesso	
Nazionalità		Comune di domicilio	
indirizzo di domicilio		indirizzo mail	
numero telefonia		numero telefonia mobile	
professione			
medica, infermieristica, altra sanitaria, OSS, non sanitaria, Non nota, personale di farmacia o parafarmacia			

**FATTORI DI RISCHIO**

lavorativo/sanitario asintomatico	<input type="checkbox"/>	contatto stretto con persona contagiata, asintomatico	<input type="checkbox"/>
non noto, sintomatico	<input type="checkbox"/>	contatto stretto con persona contagiata, sintomatico	<input type="checkbox"/>
rientro da area a rischio, asintomatico	<input type="checkbox"/>	operatore sanitario, asintomatico	<input type="checkbox"/>
		non noto, asintomatico	<input type="checkbox"/>

**FOLLOWUP/SORVEGLIANZA ATTIVA**

<b>definizione di caso ( obbligatorio)</b>			
caso precauzionale sanitario/lavorativo	<input type="checkbox"/>	caso probabile	<input type="checkbox"/>
contatto stretto o rientro da area a rischio	<input type="checkbox"/>	caso confermato	<input type="checkbox"/>
caso sospetto	<input type="checkbox"/>	negativo al test	<input type="checkbox"/>

<b>sintomatologia (obbligatoria)</b>			
Febbre	<input type="checkbox"/>	nessuna	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	non nota	<input type="checkbox"/>
Difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/>		

<b>Stato Clinico ( obbligatorio)</b>			
Asintomatico	<input type="checkbox"/>	Deceduto	<input type="checkbox"/>
Paucisintomatico	<input type="checkbox"/>	Non ancora noto	<input type="checkbox"/>
Lieve	<input type="checkbox"/>	Clinicamente guarito	<input type="checkbox"/>
Severo	<input type="checkbox"/>	Guarito	<input type="checkbox"/>
Critico	<input type="checkbox"/>	Paziente con clearance	<input type="checkbox"/>



Laboratorio di analisi cliniche

**CUSMAI**

Laboratorio di analisi CUSMAI srl  
 via Demetrio Marin 3 Bari 70125  
 Tel/Fax 0805212420 - 0805017235  
 Website: www.laboratoriocusmai.it  
 Mail: info@laboratoriocusmai.it

<b>COGNOME E NOME</b>			
<b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b>			
	<b>SESSO</b>	M	F
<b>INDIRIZZO MAIL</b>			
<b>RESIDENZA</b>			
<b>MEDICO DI BASE</b>			
<b>PROFESSIONE/INCARICO/MANSIONE</b>			

1	HA IL SOSPETTO DI AVER CONTRATTO UN'INFEZIONE RESPIRATORIA ACUTA, OSSIA MANIFESTA SINTOMI COME FEBBRE, TOSSE, DIFFICOLTA' RESPIRATORIE?	
	SI (QUANDO):	NO

2	HA UNA STORIA DI VIAGGI O RESIDENZA IN AREE A RISCHIO TRA CUI CINA, PAESI ORIENTALI O EUROPEI, O COMUNQUE E' TORNATO IN ITALIA NEGLI ULTIMI 14 GIORNI, DOPO AVER SOGGIORNATO IN ZONE A RISCHIO EPIDEMIOLOGICO, COME IDENTIFICATE DALL'OMS?	
	SI (QUANDO):	NO

3	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA SOGGIORNATO IN REGIONI D'ITALIA CON FOCOLAI?	
	SI (QUANDO):	NO

4	HA AVUTO CONTATTO A RISCHIO CON UN CASO SOSPETTO O CONFERMATO DI INFEZIONE DA CORONAVIRUS NEGLI ULTIMI 14 GIORNI?	
	SI (QUANDO):	NO

5	HA ESERCITATO ATTIVITA' IN QUALITA' DI OPERATORE SANITARIO NEI 14 GIORNI PRECEDENTI IN STRUTTURE CHE PRESTANO SERVIZI DI CURA E DI ASSISTENZA A PAZIENTI CON INFEZIONI RESPIRATORIE ANCHE ACUTE GRAVI E AD EZIOLOGIA NON NOTA?	
	SI (QUANDO):	NO

6	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA LAVORATO O FREQUENTATO UNA STRUTTRA SANITARIA DOVE SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI CON INFEZIONI DA CORONAVIRUS?	
	SI	NO

7	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO SINTOMI FEBRILI, TOSSE, DIFFICOLTA' RESPIRATORIE O ALTRI SINTOMI*?	
	SI (QUANDO):	NO

8	SE HA RISPOSTO AFFERMATIVAMENTE ALL'ULTIMA DOMANDA INDICHI SE HA AVUTO BISOGNO DI CURE MEDICHE, SE HA DOVUTO SOSPENDERE L'ATTIVITA' LAVORATIVA O SE E' STATO OSPEDALIZZATO	
	SI (QUANDO):	NO

9	E' AFFETTO DA PATOLOGIE CRONICHE?	
	SI (QUALI):	NO

\*DOLORI ADDOMINALI, DIARREA, NAUSEA, VOMITO, MAL DI TESTA, DOLORE AL PETTO, ALTERAZIONE DEL GUSTO E DELL'OLFATTO, DOLORI MUSCOLARI, SENSO DI STANCHEZZA, BRIVIDI.

LUOGO E DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_



Laboratorio di analisi cliniche

CUSMAI

**INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE  
DEL TAMPONE NASO-FARINGEO PER LA RICERCA DI SARS-COV2**

**COVID-19** è la sigla di **Corona Virus Disease 2019**, ovvero malattia dovuta all'infezione da Corona Virus 2019 (anno in cui è stato diagnosticato il primo caso) causata da **SARS-COV2** (Corona Virus 2 correlato a sindrome respiratoria acuta).

Il test molecolare RT-PCR

- **permette** di verificare la presenza del virus e, quindi, la possibilità di contagiare altre persone
- **NON permette** di dare informazioni in merito allo stato immunologico, cioè della presenza di difese immunitarie contro il virus.

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TAMPONE NASO-FARINGEO PER LA  
RICERCA DI SARS-COV2**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

domicilio attuale, se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

- dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sanitaria e di aver avuto modo di parlare con un operatore sanitario per ricevere eventuali ulteriori informazioni a riguardo,

Il test è stato eseguito secondo le indicazioni vigenti e con kit validati per l'utilizzo

Bari, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_