

SCHEDA DI TRIAGE PER COVID-19 - Da compilare a cura dell'utente
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a _____ C.F. _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Telefono _____

consapevole che le dichiarazioni sostitutive ex artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, come la presente, sono considerate rese a pubblico ufficiale (anche per l'ipotesi in cui la dichiarazione sia resa ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.P.R. n.445/2000) e che se si verificasse l'ipotesi di dichiarazione mendace o di falsità in atti troverebbero applicazione le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non essere attualmente affetto da COVID19 o sottoposto a regime di quarantena e di non aver ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19;
- di non essere in attesa di effettuazione di tampone o di esito di tampone effettuato;
- di non aver presentato negli ultimi 10 giorni sintomatologia respiratoria, simil-influenzale o febbre che possa ipotizzare una infezione da SARS-COV-2;
- di accettare, prima della prestazione richiesta, la misurazione della temperatura corporea da parte del personale addetto;
- di avere letto, di aver compreso e di essere stato edotto dal personale della Struttura del contenuto della presente dichiarazione ed in caso di dubbi nella comprensione di quanto sopra descritto.

Luogo e data _____ Firma del paziente _____

Nel caso in cui il consenso non è espresso dal diretto interessato (per impossibilità fisica, minore età, incapacità di agire, incapacità di intendere o di volere) indicare i dati della persona per cui si esprime il consenso e l'eventuale grado di parentela:

Grado _____ di _____ parentela:

In caso di tutore indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela:

Nome, _____ Cognome _____ e _____ C.F. _____ del _____ firmatario

DICHIARA INOLTRE (PER CONSENSO INFORMATO TEST DIAGNOSTICI COVID):

- di aver preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei Dati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e delle Informativi sui test diagnostici per SARS-COV-2 effettuati presso questa Struttura;
- di essere consapevole che i risultati dei test diagnostici richiesti saranno comunicati al Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia secondo quanto prescritto dalla normativa in materia;
- di essere consapevole che in caso di esito positivo del test diagnostico richiesto sarà data comunicazione anche al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territorialmente competente secondo quanto prescritto dalla normativa in materia;
- di essere consapevole che in caso di esito positivo del test al tampone rapido o del test sierologico, il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territorialmente competente provvederà a disporre il tampone di secondo livello biomolecolare per la ricerca del SARS-COV-2
- di essere consapevole che in caso di esito positivo del test al tampone rapido, sarà posto immediatamente, anche in assenza di sintomi, in isolamento presso strutture dedicate o domiciliare fino all'acquisizione dell'esito del tampone di secondo livello biomolecolare;
- la veridicità dei dati forniti per la compilazione del QUESTIONARIO Allegato 1 alle Circolari dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia per l'effettuazione dei test diagnostici per COVID-19;
- di essere consapevole che la presente Struttura è punto di accesso di LABORATORI RIUNITI S.C.AR.L., Laboratorio Centralizzato presso cui viene materialmente eseguita la fase analitica del test sierologico e del test di secondo livello biomolecolare;
- di essere consapevole che il trasporto dei tamponi di secondo livello biomolecolare presso il Laboratorio Centralizzato sarà effettuato secondo la normativa vigente e secondo il Rapporto ISS COVID-19 • n. 11/2020 Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19, da personale di questa Struttura;
- di avere letto, di aver compreso e di essere stato edotto dal personale della Struttura del contenuto della presente dichiarazione ed in caso di dubbi nella comprensione di quanto sopra descritto.

Tutto ciò premesso,

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acconsente | <input type="checkbox"/> Non Acconsente | All'esecuzione del test sierologico per la ricerca di anticorpi anti SARS-CoV-2 |
| <input type="checkbox"/> Acconsente | <input type="checkbox"/> Non Acconsente | All'esecuzione del Tampone rapido Rino-Faringeo per la ricerca del RNA del SARS-CoV-2 |
| <input type="checkbox"/> Acconsente | <input type="checkbox"/> Non Acconsente | All'esecuzione del Tampone molecolare Rino-Faringeo per la ricerca del RNA del SARS-CoV-2 |

Il dichiarante acconsente alla conservazione presso codesta Struttura della presente dichiarazione in unica copia. La stessa sarà messa a disposizione del paziente che ne facesse richiesta.

Luogo e data _____ Firma del paziente _____

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DELLA STRUTTURA

Il paziente viene preso in carico

Il paziente non viene preso in carico per i seguenti motivi: _____