

Clinimed Srls

Via Fabrateria Vetus 14/b
03023 Ceccano (FR)
P.IVA 02952160600

Informativa sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg.to UE 2016/679

Soggetti Interessati: pazienti sottoposti al test per la ricerca dell'antigene del Virus SARS* - COV-2 su secrezioni respiratorie.

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ in data _____

Residente in _____ Via _____

Indirizzo di residenza per la fatturazione

(da compilare solo se diverso da quello di residenza)

Codice Fiscale _____ Indirizzo mail _____

Cellulare _____

Nome e Cognome Medio Curante _____

Da disposizioni Regionali in caso di esito positivo dell'esame, l'utente ha l'obbligo di contattare immediatamente il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e di rispettare, da subito le norme legate al distanziamento sociale, ponendosi in Isolamento (nel suo domicilio o in altra struttura) e dovrà seguire le Istruzioni della determinazione del 12 maggio 2020 allo scopo di sottoporsi, entro le 48 ore dalla prescrizione medica, al test molecolare presso una delle sedi "drive in" presenti sul territorio della propria Asl di residenza, assicurando il rispetto delle misure di distanziamento nell'abitacolo.

PRESENZA DI SINTOMI: **NO** **SI** Se **SI** indichi la data di inizio sintomi: ____/____/____

Descriva i sintomi: _____

Tale esame e' un test di screening la cui tariffa regionale, se erogata da strutture pubbliche e' di 13,94 Euro. Non deve essere confuso con il tampone rinofaringeo per ricerca virale in Biologia Molecolare mediante PCR che rimane, pur con i suoi limiti, il gold standard per la ricerca virale ed al quale si deve accedere nel momento in cui il presente test risulti positivo e/o nel caso in cui il medico curante ne indichi la necessit .

alla luce di quanto sopra esposto, e consapevole del fatto che l'adesione all'indice   individuale e volontaria:

Manifesto la volont  di sottopormi all'esecuzione del tampone tramite la struttura sanitaria abilitata e di aderire al percorso definito in caso di positivit .

Firma _____

Sono stato informato che il tampone nasofaringeo possa generare fastidi postumi, come sanguinamenti anche se rari e ne accetto le possibili conseguenze

Firma _____

Esprimo il consenso al trattamento dei Dati Personali inerente al **TAMPONE RAPIDO**:

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679,   necessario per "l'esecuzione di un compito di Interesse pubblico o connesso a esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett h), g), i) "il trattamento   necessario per motivi di Interesse pubblico nel settore della sanit  pubblica". Il titolare del trattamento per il "**tampone rapido**"   la **CLINIMED SRLS** struttura sanitaria abilitata allo svolgimento dei test per la ricerca dell'antigene del Virus SARS -COV-2 su secrezioni respiratorie e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test per la ricerca dell'antigene del

Virus SARS COV-2 su secrezioni respiratorie operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 2016/679 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Esprimo il consenso al trattamento dei Dati Personali inerente al **TAMPONE MOLECOLARE**:

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679, è necessario per "l'esecuzione di un compito di Interesse pubblico o connesso a esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di Interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento per il "**tampone molecolare**" è **I'RCCS INMI Spallanzani** in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dei test per la ricerca dell'antigene del Virus SARS* -COV-2 su secrezioni respiratorie e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test per la ricerca dell'antigene del Virus SARS COV-2 su secrezioni respiratorie operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 2016/679 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

QUESTIONARIO INFORMATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE dal NUOVO CORONA VIRUS (COVID-19)

HAI MAI EFFETTUATO UN TAMPONE ORO/NASOFARINGEO PER LA RICERCA mediante biologia molecolare del NUOVO CORONAVIRUS Covid-19? SI () NO ()

SE SEI RISULTATO POSITIVO AL TEST del TAMPONE ORO/NASOFARINGEO, SPECIFICARE LA DATA dell'ULTIMO TAMPONE POSITIVO ___/___/___

SE SEI RISULTATO NEGATIVO al TEST del TAMPONE ORO/NASOFARINGEO, oppure se il test del tampone è RITORNATO ad essere NEGATIVO dopo una iniziale positività, SPECIFICARE LA DATA dell'ULTIMO TAMPONE NEGATIVO ___/___/___

HAI LA FEBBRE O HAI AVUTO LA FEBBRE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI? SI () NO ()

HAI AVUTO INSORGENZA RECENTE DI PROBLEMI RESPIRATORI, come tosse o difficoltà respiratoria negli ultimi 14 giorni? SI () NO ()

SEI ENTRATO IN CONTATTO CON UN PAZIENTE (Vivo o Deceduto) CON INFEZIONE CONFERMATA mediante tampone oro/nasofaringeo di SARS-COV-2? SI () NO ()

SE **SI** SPECIFICARE la data dell'ultimo contatto con il paziente infetto ___/___/___

Negli ultimi 14 giorni SEI ENTRATO IN CONTATTO CON PERSONE IDENTIFICATE come CASI SOSPETTI o AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI, MA NON ACCERTATI mediante tampone oro/nasofaringeo), oppure CON FAMILIARI DI PAZIENTI (Vivi o Deceduti) CON INFEZIONE CONFERMATA SARS-COV-2? SI () NO ()

Negli ultimi 14 giorni, SEI ENTRATO IN CONTATTO CON PERSONE CHE HANNO AVUTO FEBBRE O PROBLEMI RESPIRATORI DOCUMENTATI DI RECENTE? SI () NO ()

Negli ultimi mesi, HAI VIAGGIATO O SOGGIORNATO IN PAESI/LOCALITÀ A RISCHIO, come ad esempio nella città di Wuhan o le aree italiane ad alta incidenza di contagio SARS-COV2 (Ad esempio Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Liguria) ? SI () NO ()

SE **SI** SPECIFICARE PAESE /LOCALITÀ: _____

DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO ___/___/___

Negli ultimi 14 giorni, SEI ENTRATO IN CONTATTO CON PERSONE CHE PROVENGONO DA PAESI/LOCALITÀ A RISCHIO con alta incidenza di contagio? SI () NO ()

Luogo _____ Data _____

Nome e Cognome _____

Firma Leggibile _____