

MOTIVAZIONE RICHIESTA

FATTURA INTESTATA A

 SOGGETTO VACCINATO SOGGETTO EX POSITIVO

Azienda _____

 ALTRE MOTIVAZIONI _____**CONSEGNA RISULTATO** Cartaceo Mail _____

**PRESTAZIONE DEL CONSENSO
PER IL TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI
Ai sensi del regolamento UE 2016/679**

SIGNOR _____ - _____ NATO a _____ il _____

RESIDENTE _____ in Via _____

DOMICILIO _____ in Via _____

COD.FISCALE _____ TEL. _____

MEDICO RICHIEDENTE _____ TEL medico richiedente _____

**Informativa semplificata sul trattamento dei dati personali dei pazienti nell'ambito
dell'emergenza epidemiologica COVID-19 (Coronavirus) ai sensi del Regolamento UE
679/2016 (GDPR) e del D.L. 9 marzo 2020, n. 14**

Il Titolare del trattamento è BIOMEDICA SRL_ srl con sede legale in PARABITA alla Via _BOCCACCIO, 5_, ;
indirizzo mail: info@biomedicalab.it

I dati personali trattati sono i dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo (dati comuni, dati sanitari). In qualità di Titolare del trattamento desideriamo informarLa, ai sensi dell'art. 13 del GDPR e della normativa nazionale applicabile, che i dati personali da Lei forniti mediante il presente modulo, saranno trattati nel pieno rispetto delle disposizioni legislative vigenti per la sola finalità di garantire la protezione dall'emergenza sanitaria determinata dalla diffusione della malattia infettiva COVID-19.

Il trattamento dei Suoi dati personali, inclusi quelli inerenti alla salute, è legittimo per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, in particolare la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre strutture sanitarie, pubbliche o private, o ad altri soggetti pubblici o privati ovvero potranno essere diffusi (ad esclusione di quelli particolari) esclusivamente nei casi in cui risulti indispensabile ai fini dello svolgimento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria in atto.

I dati personali raccolti saranno conservati per il periodo strettamente necessario e non eccedente al perseguimento della finalità suindicata, salvo un ulteriore periodo di conservazione si renda necessario, ove normativamente consentito, per motivi di sicurezza, di tutela del patrimonio aziendale, per l'esercizio di diritti in sede giudiziaria nonché per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri.

Per esercitare i suoi diritti in qualità di interessato (tra cui accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento) potrà utilizzare i seguenti contatti, telefono: 0833594440 o rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali inviando un'e-mail a info@biomedicalab.it. Potrà inoltre proporre reclamo all'Autorità di controllo. L'informativa estesa sul trattamento dei dati è resa disponibile presso la reception delle nostre sedi e/o può farne richiesta inviando un'e-mail a: info@biomedicalab.it

DATA _____

PRESTA IL CONSENSO

Firma _____

STEP2 - TRIAGE IN PRESENZA PER COVID-19

COGNOME E NOME		
PROFESSIONE		
OGGI HA I SEGUENTI SINTOMI?		
FEBBRE: SI- NO		TOSSE: SI - NO
DIFFICOLTA' RESPIRATORIE: SI – NO ALTERAZ DEL GUSTO: SI – NO		Se SI QUADRO COMPATIBILE CON INFEZIONE DA SARS -CoV-2
INVITARE IL PAZIENTE A RIENTRARE NEL PROPRIO DOMICILIO E CONTATTARE IL MEDICO DI FIDUCIA. ATTUARE MISURE DI SANIFICAZIONE E DISINFEZIONE DI AMBIENTI E OGGETTI CHE SONO VENUTI A CONTATTO CON IL PAZIENTE		
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 O NEI MESI PRECEDENTI?	
	SI (QUANDO):	NO
5	HA ESERCITATO ATTIVITA' IN QUALITA' DI OPERATORE SANITARIO NEI 14 GIORNI O NEI MESI PRECEDENTI O 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 O NEI MESI PRECEDENTI HA LAVORATO O FREQUENTATO UNA STRUTTRA SANITARIA DOVE SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI CON INFEZIONI DA CORONAVIRUS?	
	SI	NO
7	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI O NEI MESI PRECEDENTI HA AVUTO SINTOMI FEBRILI, TOSSE, DIFFICOLTA' RESPIRATORIE O ALTRI SINTOMI ALTERAZIONE DEL GUSTO E DELL'OLFATTO, DOLORI MUSCOLARI, SENSO DI STANCHEZZA, BRIVIDI?	
	SI (QUANDO):	NO
8	E' STATO SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE	
	SI (QUANDO)	NO
	Data di somministrazione 1° dose	
	Data di somministrazione 2° dose	
9	E' AFFETTO DA PATOLOGIE CRONICHE?	
	SI (QUALI):	NO

COMPILAZIONE A CURA DELL'ASSISTITO _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di essere consapevole del fatto che:

- il test è da considerarsi un aiuto nella diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19);
- i risultati devono essere utilizzati unitamente alle altre informazioni cliniche in possesso del medico;
- se il risultato è negativo e i sintomi clinici persistono si consigliano ulteriori test di follow – up;
- un risultato negativo, anche in assenza di sintomi, non preclude la possibilità di infezione attiva da SARS-CoV-2;
- se il risultato è positivo è necessario approfondire la diagnosi con test molecolari.

LUOGO E DATA

FIRMA