

TRIAGE – RISCHIO COVID-19

Cognome e nome paziente	
Luogo di nascita	
Data di nascita	

TEMPERATURA CORPOREA RILEVATA	segnare solo se superiore a 37°C, altrimenti sbarrare	
-------------------------------	--	--

QUESTIONARIO CLINICO

**Presenta o ha presentato, negli ultimi 15 giorni l' insorgenza di uno dei seguenti sintomi?**

Tosse (spec. secca)	SI	NO	Congiuntivite	SI	NO
Indolenzimento o dolori muscolari	SI	NO	Diarrea	SI	NO
Senso di stanchezza	SI	NO	Raffreddore o congestione nasale	SI	NO
Febbre	SI	NO	Mal di gola	SI	NO
Difficoltà respiratoria	SI	NO	Perdita dell'olfatto	SI	NO

QUESTIONARIO EPIDEMIOLOGICO

**Negli ultimi 15 giorni:**

Ha avuto contatti con soggetti affetti o probabilmente affetti da COVID-19	SI	NO
Ha rispettato le regole di sicurezza dettate dal D.P.C.M. 8 marzo 2020 ( mantenere la distanza interpersonale di almeno un metro; indossare la mascherina fuori della propria abitazione; evitare abbracci e strette di mano; lavare spesso le mani; ecc.)	SI	NO

**Sono consapevole che le dichiarazioni rese nel presente Questionario sono necessarie al fine di tutelare la mia salute e la salute dei professionisti e degli altri pazienti che frequentano lo Studio Medico. Dichiaro, pertanto, di aver comunicato in maniera corretta, completa e non omissiva, anche in sede di colloquio, tutte le informazioni richiestemi e comunque tutto quanto a me noto circa il mio stato di salute e comunque tutto quanto da me ritenuto rilevante e/o richiesto.**

**MI IMPEGNO A COMUNICARE SENZA INDUGIO ALLO STUDIO IL CASO IN CUI DOVESSI PRESENTARE, NEI QUINDICI GIORNI SUCCESSIVI ALLA DATA ODIERNA, ALCUNO DEI SINTOMI INDICATI AL PRECEDENTE QUESTIONARIO CLINICO E IN OGNI CASO SE RISULTASSI POSITIVO AL Co.Vi.D. 19.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente

\_\_\_\_\_

# LABORATORIO ANALISI CLINICHE PERUGINI S.r.l.

## INTEGRAZIONE ALLA INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO MEDICO - DIAGNOSTICO E RELATIVO CONSENSO

Le comunichiamo, ad integrazione dell'Informativa sul Trattamento medico- diagnostico già a Sua disposizione (che rimane valida ed efficace per tutto quanto non espressamente previsto in questa Integrazione) ed a seguito del rischio di contagio da Co.Vi.D. 19, quanto segue.

### 1. IL Co.Vi.D. 19

Sono stato chiaramente e compiutamente informato dal medico della malattia definita Co.Vi.D. 19, delle sue modalità di trasmissione, dei suoi sintomi (tosse, indolenzimento o dolori muscolari, senso di stanchezza, congiuntivite, diarrea, febbre, raffreddore o congestione nasale, mal di gola, perdita dell'olfatto, difficoltà respiratoria), della possibilità che sia asintomatica, della possibilità di contagio a seguito dello spostamento verso lo Studio e della permanenza nei suoi locali in occasione del Trattamento anche a causa di fattori totalmente al di fuori del controllo dello Studio (es.: contatti con altri pazienti in transito nei locali dello Studio o nel parcheggio o sui mezzi pubblici, persistenza del virus sulla bottoniera dell'ascensore *etc.*), dei rischi che può comportare e che includono, nei casi più gravi, polmonite, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale e persino la morte.

### 2. IL TRATTAMENTO

Sono stato chiaramente e compiutamente informato dal medico delle misure prese per prevenire la diffusione del Co.Vi.D. 19, incluse le verifiche sullo stato di salute di medici, dipendenti e pazienti, e del rischio di contrarre tale malattia anche a seguito della mia presenza a Studio, nell'ipotesi, teoricamente possibile, di entrata in contatto con soggetti Co.Vi.D. 19 positivi e asintomatici.

### 3. LE CAUTELE

Sono stato chiaramente e compiutamente informato dal medico, delle cautele impostemi durante la mia presenza in studio, quali il lavaggio delle mani, il distanziamento dalle altre persone *etc.*

### 4. L'INFORMATIVA.

Ho ricevuto risposta chiara ed a me pienamente comprensibile, dal medico, a tutte le domande ed ho, pertanto, superato tutti i dubbi e le incertezze su tutti gli aspetti della malattia, sino ad una completa ed esauriente comprensione della stessa da parte mia. In particolare, ho ben compreso il rischio di contrarre il Co.Vi.D. 19 a seguito della sottoposizione al Trattamento e le eventuali conseguenze della malattia.

### 5. ISTRUZIONI PER IL PERIODO SUCCESSIVO AL TRATTAMENTO.

Ho ricevuto la accurata descrizione dei comportamenti che dovrà seguire nei prossimi quindici giorni qualora dovessi manifestare alcuno dei sintomi (tosse, indolenzimento o dolori muscolari, senso di stanchezza, congiuntivite, diarrea, febbre, raffreddore o congestione nasale, mal di gola, perdita dell'olfatto, difficoltà respiratoria) o mi venisse diagnosticato il Co.Vi.D. 19, primo fra tutti contattare prontamente lo Studio – oltre al proprio medico.

### 6. CONSENSO LIBERO, INFORMATO, CONSAPEVOLE E REVOCABILE.

Dichiaro di essere, quindi, in grado di decidere in maniera pienamente consapevole sulla sottoposizione al trattamento medico-diagnostico nonostante il rischio di contagio, avendo avuto tutto il tempo a disposizione per la completa lettura del presente documento.

Sono consapevole che il consenso da me espresso è revocabile liberamente fino all'effettuazione del Trattamento.

**Io sottoscritto/a, come identificato/a in intestazione,  
dichiaro**

**di aver letto e compreso**

**di non aver letto e/o non aver  
compreso**

**l'informativa sopra riportata;**

**di prestare il consenso**

**di non prestare il consenso**

**al Trattamento medico-diagnostico prescrittomi anche a seguito del rischio da contagio da  
Co.Vi.D. 19.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

## INTEGRAZIONE ALLA INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RELATIVO CONSENSO (ART. 13 GDPR)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR) e della corrispondente legislazione nazionale, in relazione ai dati personali di cui il Laboratorio Analisi Cliniche Perugini S.r.l. (d'ora innanzi: il "Titolare") entrerà nella disponibilità in relazione alla esecuzione del Trattamento cui ella intende sottoporsi, a seguito del rischio di contagio da Co.Vi.D. 19 e della conseguente necessità di raccolta di dati personali ulteriori circa il Suo stato di salute e attività degli ultimi 15 giorni, Le comunichiamo, ad integrazione dell'Informativa già a Sua disposizione (che rimane valida ed efficace per tutto quanto non espressamente previsto in questa Integrazione), quanto segue:

### 1 FINALITÀ DEL TRATTAMENTO.

Il trattamento è finalizzato alla prevenzione dal contagio da Co.Vi.D. 19. Ad esempio, i suoi dati saranno utilizzati al fine di verificare se sia opportuna l'esecuzione del Trattamento o se la sua presenza in Studio possa mettere a rischio la salute di altre persone.

### 2 DATI RACCOLTI.

I suoi dati sono quelli strettamente necessari per le finalità di cui al precedente punto 1 e potranno comprendere anche dati appartenenti alle "categorie particolari" di cui all'art. 9, co. 1, GDPR (in quanto "dati relativi alla salute").

### 3 BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO.

Il Titolare tratta i suoi dati personali lecitamente, essendo basato sul consenso espresso, che lei potrà prestare in calce alla presente informativa (art. 6, co. 1, lett. a nonché art. 9, co. 2, lett. a, GDPR), e comunque trovando fondamento nell'esigenza di tutela della salute e di contenimento della malattia (art. 6, co. 1, lett. c, d nonché art. 9, co. 2, lett. g, i, GDPR).

### 4 PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI E CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO.

I Suoi dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per il termine necessario al fine per il quale sono stati raccolti, cioè fino alla dichiarazione di estinzione del rischio di contagio da Co.Vi.D. 19.

### 5 COMUNICAZIONE DEI DATI.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, in caso di necessità od obbligo di legge, ad autorità giudiziarie, amministrative o sanitarie, per l'adempimento degli obblighi di legge o comunque al fine dello studio o del contenimento del Co.Vi.D. 19.

### 6 OBBLIGO DI FORNIRE I DATI PERSONALI.

La comunicazione dei suoi dati personali è un requisito necessario per la conclusione del contratto in quanto condizione necessaria per garantire un elevato livello di sicurezza ai medici, ai dipendenti dello Studio ed agli altri clienti rispetto al rischio di contagio da Co.Vi.D. 19. Al fine dell'esecuzione del trattamento da lei richiesto, pertanto, è obbligata a fornire i dati personali che le vengono richiesti. In caso di mancata comunicazione di tali dati sarà impossibile procedere al Trattamento stesso.

**Io sottoscritto/a, come identificato/a in intestazione,  
dichiaro**

**di aver**

**di non aver**

**ricevuto bozza del presente documento con congruo anticipo e anche al fine di disporre di tutto il tempo necessario per la sua attenta lettura e, ove ritenuto opportuno, per un confronto con un professionista legale**

**di aver letto e compreso**

**di non aver letto e/o non aver  
compreso**

**l'informativa sopra riportata e di**

**prestare il consenso**

**non prestare il consenso**

**a che il Titolare ponga in essere l'attività di trattamento principale sopra descritta, nei termini indicati.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_