

Test rapido immunologico cromatografico per la rilevazione qualitativa di anticorpi IgG e IgM rispetto al 2019-nCoV in campioni di sangue intero

### UTENTE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Data Nascita \_\_\_\_\_ Comune nascita \_\_\_\_\_

### DOMICILIO

COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

VIA/n° \_\_\_\_\_

TEL 1 \_\_\_\_\_ TEL 2 \_\_\_\_\_

RESIDENZA (se diversa dal domicilio)

COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

VIA/n° \_\_\_\_\_

### SINTOMI

<input type="checkbox"/> Asintomatico	<input type="checkbox"/> Pauci-sintomatico	<input type="checkbox"/> Lieve
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Deceduto

### SEDE LAVORO

P.O./Distretto/Dipartimento: \_\_\_\_\_

Reparto/unità operativa: \_\_\_\_\_

Parte da compilare a cura del Dirigente medico/infermiere che ha effettuato il test

DATA	ORA	ESITO
____/____/____	_____	_____

Firma del Dirigente medico/infermiere che ha effettuato la prestazione

ALLEGATO 1 Scheda di informazione del Test Rapido

Data \_\_\_\_\_

1. OPERATORE

Azienda \_\_\_\_\_ N° Matricola \_\_\_\_\_

2. PAZIENTE

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Oppure

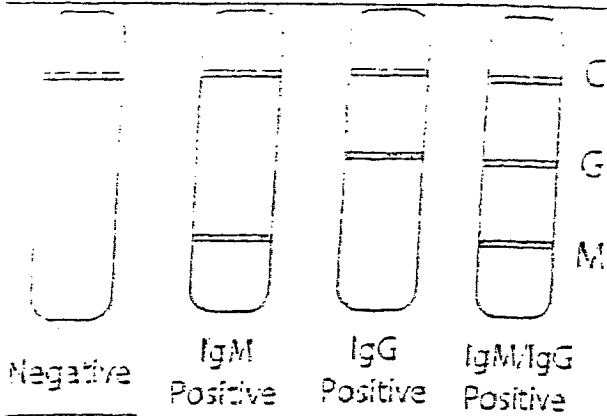
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Età \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ N° TRIAGE \_\_\_\_\_ Motivo test \_\_\_\_\_

3. RISULTATO TEST RAPIDO:



NB: se la banda C, ovvero di controllo, non si positivizza il test è NON VALIDO

Barrare con una X il risultato ottenuto

Il medico che verifica il test: Dr \_\_\_\_\_ N° matr \_\_\_\_\_

N.B. L'operatore compila la scheda solo dopo aver raccolto il consenso informato dell'utente.

Percorso individuato a fronte del risultato del tampone .....



**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER EMERGENZA COVID-19** Testato da  
 Immunologia diromatologica per la rilevazione qualitativa di anticorpi IgG e IgM rispetto al 2019-nCoV  
 in campioni di sangue intero

Unità Organizzativa di Immunologia e Diagnostica di Laboratorio - Azienda Sanitaria Locale di Caserta - Via Unità Italiana n. 23 - 81100 Caserta -  
 agosto 2018 n. 11.

L'Asl di Caserta nell'ambito della gestione dell'emergenza nazionale COVID-19 e nell'ambito del programma della Regione Campania si è prefissata i seguenti obiettivi: identificazione precoce dell'infezione da COVID-19 tra il personale sanitario. Aziendale esposto al virus, identificazione ed instradamento precoce, in percorsi dedicati, dei soggetti sospetti di infezione da Covid-19 tra, in ambiente ospedaliero e, o territoriale, possano necessitare di isolamento e cura urgenti. Per il raggiungimento di tali obiettivi si è dotata di sistemi di rilevazione rapidi che consentono l'individuazione degli anticorpi IgG e IgM anti-coronavirus e ha progressivamente attivato i laboratori per la ricerca del virus Covid-19 implementando la capacità di effettuare tamponi. Per garantire una efficace validazione epidemiologica regionale, il percorso di identificazione dei positivi/negativi Covid-19 verrà tracciato attraverso l'utilizzo della piattaforma informatica regionale.

L'Asl di Caserta in qualità di Titolare del trattamento La informa che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del Codice Privacy (D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018 n. 101) i Suoi dati, compresi quelli sulla salute e simili, sono trattati dalla nostra Azienda, dalla Piattaforma Informatica Regionale e da tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti nella gestione dell'emergenza sanitaria "Coronavirus" e sensibili (D.L. 18/03/2020 n. 17 del 17 marzo 2020 ed anche in seguito al D.L. 23/04/2020) per motivi di tutela della salute e di sanità pubblica connessi a tale emergenza. Tali dati potranno essere comunicati anche ad alcuni soggetti in trattamento, se del resto occorre fino al termine dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, se occorre esercitare il diritto dell'interessato previsto dagli articoli da 15 a 20 del D.Lgs. 10/08/2018, contattando il Titolare del trattamento - Azienda Sanitaria Locale di Caserta, tramite PEC protocollo@pec.aslcaserta.it o tramite raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata all'Asl Caserta alla Via Unità Italiana n. 23 - 81100 Caserta e proporre, mediante la Garanzia Privacy Titolare del trattamento dei Suoi dati personali e Azienda Sanitaria Locale di Caserta, con sede in Caserta alla Via Unità Italiana n. 23 - PEC protocollo@pec.aslcaserta.it - il Responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo e mail [dpco@aslcaserta.it](mailto:dpco@aslcaserta.it).

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

io/la sottoscritt(a) ..... nato/a il ..... residente in

..... alla ..... via ..... Codice ..... fiscale.....  
 cellulare.....

accconsento al trattamento dei dati (personali e sensibili) che Lo/a riguardano per le finalità indicate nell'informativa anche attraverso la Piattaforma Informatica Regionale

SI  NO

Data.....

Firma.....

ALLEGATO 1

AUTODICHIARAZIONE PER TEST SIEROLOGICO RAPIDO  
DPR 28 dicembre 2000 n. 445  
TEST SIEROLOGICI PERSONALE SCOLASTICO

Il sottoscritto .....  
nato il ...../...../.....  
a ..... (.....)  
residente in ..... alla Via.....  
codice fiscale .....  
identificato con documento tipo ..... n° ..... rilasciato da  
.....  
in data.....  
cellulare:.....  
e-mail: .....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000  
n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di far parte del personale scolastico in qualità di :

Personale Docente

Personale ATA

dell'Istituto.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_