



Ufficio del Commissario Ad Acta

Si attesta che il sig./la sig.

Nato/a a il

Codice Fiscale.....

Domicilio

Email Cellulare

Ha eseguito in data odierna alle ore.....

Presso

il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

Catania,

Firma del genitore che presta il consenso

.....

Il Medico esecutore

.....

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista _____
Data dell'intervista:	Luogo
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato	
Cognome «Cognome»	Nome «Nome»
Codice Fiscale «CF»	Sesso
Data di nascita «Giorno»/«Mese»/«Anno»	Luogo di nascita «Luogo_di_nascita»
Comune di residenza	«Via»
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare «Telefono»
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	Contact tracing Screening Altro _____
Sezione 3 – Tipo di esame	
Test sierologico tipologia A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico tipologia B	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico rapido	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Altro test specificare _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	(Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)
Sintomatico	Data inizio sintomi: _____
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Dolori muscolari
	<input type="checkbox"/> Mal di gola
	<input type="checkbox"/> Alterazione gusto
	<input type="checkbox"/> Alterazione olfatto
	<input type="checkbox"/> Cefalea,
	<input type="checkbox"/> Disturbi intestinali
<input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero – Data: _____ P.O. : _____	
<input type="checkbox"/> Deceduto – Data: _____	