

# COVID-19 TestBooking



## QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER EFFETTUAZIONE TEST ANTI-COVID 19

data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Al fine di effettuare il test **covid-19** in accordo con le recenti disposizioni, è necessario rispondere alle domande riportate qui sotto.

il/la sottoscritto/a

Nato/a il:

a:

Prov:

Tel:

Mail:

Indicare la motivazione per la quale si intende effettuare il tampone

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presenza di sintomi | <input type="checkbox"/> Contatto con positivi | <input type="checkbox"/> Controllo         | <input type="checkbox"/> Accesso struttura sanitaria |
| <input type="checkbox"/> Viaggi e trasferte  | <input type="checkbox"/> Attività lavorativa   | <input type="checkbox"/> Attività sportiva | <input type="checkbox"/> Attività scolastica         |

Altro \_\_\_\_\_

In questo periodo sta lavorando?	No	SI
È stato in contatto con persone risultate positive al Covid-19?	No	SI
In caso positivo sono passati almeno quindici giorni dall'ultimo contatto?	No	SI
Negli ultimi 21 giorni ha eseguito tampone e/o test sierologici per ricerca coronavirus?	No	SI Esito _____
E' stato in isolamento fiduciario domiciliare (quarantena)?	No	SI
Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da Covid-19?	No	SI
Ha avuto o ha presente qualcuno di questi sintomi?	<input type="checkbox"/> Febbre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria <input type="checkbox"/> Congiuntivite <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Raffreddore <input type="checkbox"/> Mal di gola	<input type="checkbox"/> Alterazione del gusto <input type="checkbox"/> Alterazione dell'olfatto <input type="checkbox"/> Spossatezza <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Eruzioni cutanee (bambini) <input type="checkbox"/> Dolori muscolari diffusi <input type="checkbox"/> Altro da segnalare

Le precedenti informazioni sono raccolte sotto la responsabilità dell'assistito che si impegna a dare dichiarazione veritiera al questionario, consapevole delle eventuali conseguenze previste dalle attuali norme in caso di dichiarazione mendace.

Per quanto riguarda la gestione delle informazioni che ci fornirà e dei suoi dati le comunichiamo che saranno utilizzati unicamente per finalità connesse alla gestione emergenziale in oggetto.

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa completa relativa al test Covid-19 e, con la sottoscrizione del presente documento, si presta il consenso all'effettuazione del test, al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 (GDPR) e alla trasmissione degli stessi alle autorità sanitarie competenti per le eventuali indagini diagnostiche ed epidemiologiche.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_