



# FISIOWAY

## Centro di Medicina e Riabilitazione

Test antigenico rapido per la rilevazione qualitativa di antigeni di SARS-CoV-2 da tampone oro/rino faringeo

Nome Cognome  CF

Residente in  Prov.  Via

Telefono  E-mail

**RISULTATO :** POSITIVO  **NEGATIVO**

N.B. In caso di risultato dubbio o positivo, la Deliberazione n. XI/3131 del 12/05/2020 di Regione Lombardia stabilisce che sia verificata la contagiosità mediante ricerca dell'RNA virale con tecnica molecolare (da tampone naso-faringeo); di conseguenza dovrà attenersi alle seguenti disposizioni:

- stare in isolamento preventivo,
- avvertire il proprio medico curante, il quale si adopererà per
- prenotare Tampone MOLECOLARE tramite ATS territoriale.

*Fisioway srls, pur consigliando le procedure da seguire in caso di positività al test, non se ne assume la responsabilità, che rimane esclusivamente in capo al paziente che dichiara di essere stato/a informato/a che i risultati del test saranno riservati, lo stesso dichiarante seguirà scrupolosamente le disposizioni sopra descritte.*

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 9 e del considerando 32 del Regolamento UE 679/2016) Con la firma sottostante dichiara di aver preso visione dell'informativa fornita dalla Azienda FISIOWAY SRLS, in qualità di Titolare, ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà anche dati "particolari" come definiti all'art. 9, ovvero dati relativi alla salute come definiti all'art. 4, p.ti 1) e 15) del Regolamento, ed esprime il suo consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del test COVID-19.

#### INFORMAZIONI GENERALI

In questo periodo sta lavorando?	SI	NO
Lavora da casa?	SI	NO
Si reca sul posto di lavoro?	SI	NO
È stato in contatto con persone risultate positive al Covid-19?	SI	NO
In caso positivo ha osservato la quarantena (sono passati almeno quindici giorni dall'ultimo contatto)?	SI	NO
Ha già effettuato il tampone rino-faringeo per la ricerca del virus responsabile della polmonite Covid-19?	SI	NO
In caso affermativo, è risultato positivo?	SI	NO

#### SINTOMATOLOGIA

Ha sintomi influenzali?	SI	NO			
<u>In caso positivo:</u>					
Febbre ≥ 37,5	SI	NO	Senso di stanchezza	SI	NO
Tosse	SI	NO	Difficoltà respiratorie di qualche tipo?	SI	NO
Raffreddore	SI	NO	Congiuntivite?	SI	NO
Dolori muscolari	SI	NO	Diarrea? (ultimi 15 giorni)	SI	NO
Alterazione gusto e/o olfatto	SI	NO	Altro da segnalare	SI	NO
Altro:					

Medico Esaminatore

Dott.

Lavena Ponte Tresa, li

Firma dell'interessato