

**LABORATORIO ANALISI CLINICHE E MICROBIOLOGICHE "CASALE SRL"**

VIA 4 NOVEMBRE 1918, 39/B - 72100 BRINDISI

Laboratorio accreditato con il S.S.R. cod. regionale n. 065078

www.labanaliscasale.it - e.mail : [labanaliscasale@libero.it](mailto:labanaliscasale@libero.it) – Codice SDI : G9HZJRW**TEST SIEROLOGICO QUANTITATIVO PER COVID 19**

COGNOME		NOME	
NATO A		IL	
TELEFONO		CELLULARE	
MEDICO CURANTE/MEDICO COMPETENTE			

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

	SI	NO
E' sottoposto/a attualmente a regime di quarantena obbligatoria?		
Ha sintomi influenzali?		
Ha febbre > 37.5?		
Ha tosse?		
Ha difficoltà respiratorie?		
Ha alterazione del gusto e/o olfatto?		
Ha congiuntivite?		
Ha diarrea?		
Altro		

**CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL TEST SIEROLOGICO PER COVID 19**

Il test sierologico per Covid-19 è un test di screening quantitativo per la ricerca di anticorpi contro il virus SARS-CoV2 responsabile della polmonite COVID-19. Viene effettuato su pazienti asintomatici, non sostituisce il tampone, ma fornisce informazioni di ausilio diagnostico. Viene eseguito su prelievo di sangue venoso. L'esame permette di evidenziare la presenza di anticorpi IgG, indicatori di un avvenuta infezione da COVID-19 e IgM, indicatori (da soli o con anticorpi IgG) di una possibile infezione in atto.

**DICHIARO**

Le informazioni riportate nel questionario anamnestico rispondono al vero. Inoltre dichiaro di aver preso visione dell'informativa completa relativa al test Covid 19 e, con la sottoscrizione del presente documento, presto il consenso all'effettuazione del test, al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 (GDPR) e la possibile trasmissione per eventuali indagini epidemiologiche.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma di chi presta il consenso

Firma del sanitario che informa