

## AUTODICHIARAZIONE DEL PAZIENTE ATTESTANTE ASSENZA DI POTENZIALE CONTAGIOSITA' COVID-19

Gentile utente,  
nel rispetto della normativa vigente a sostegno del contenimento del rischio di diffusione di COVID-19,  
la informiamo che in questa struttura sono applicate le necessarie precauzioni igieniche e di distanziamento.  
In particolare:

- Azioni inerenti l'igiene degli ambienti e delle superfici
- Distanziamento sociale nelle sale d'attesa, accesso alla zona prelievi e ambulatori di visita
- Limitazione ad un solo accompagnatore (quando necessario)
- Osservanza delle norme igienico-sanitarie, comprendenti l'utilizzo di guanti monouso, mascherine chirurgiche, igienizzante delle mani, disinfezione degli strumenti.

### IL SOTTOSCRITTO

Cognome Nome .....

Nato il ..... a ..... Sesso:  M  F

Residente in Via ..... Comune .....

Codice Fiscale .....

Recapito Telefonico ..... email .....

### PRESO ATTO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO DICHIARA

- TRIAGE TELEFONICO
- TRIAGE IN PRESENZA

### SINTOMATOLOGIA

*Presenta o ha presentato negli ultimi 14 giorni insorgenza improvvisa di uno dei seguenti sintomi:*

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febbre > 37,5 °                                 | <input type="checkbox"/> Respiro corto | <input type="checkbox"/> Affaticamento | <input type="checkbox"/> Espettorato        |
| <input type="checkbox"/> Tosse secca                                     | <input type="checkbox"/> Congiuntivite | <input type="checkbox"/> Mal di gola   | <input type="checkbox"/> Congestione nasale |
| <input type="checkbox"/> Mal di testa                                    | <input type="checkbox"/> Mio/artralgia | <input type="checkbox"/> Diarrea       | <input type="checkbox"/> Vomito             |
| <input type="checkbox"/> Alterazione sensibilità gustativa e o olfattiva |  |  |   |

### INDAGINE EPIDEMIOLOGICA Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2

#### **Negli ultimi 14 giorni**

*ha avuto familiari o persone contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) confermati affetti da COVID19? sì  no*

*ha avuto familiari o persone contatti stretti sospetti/probabili per COVID-19? sì  no*

**Dichiara di essere stato positivo al COVID-19** Sì  quando? \_\_\_\_\_  
No

**Ha eseguito tampone COVID-19 ?** Sì  esito \_\_\_\_\_

Data .....

Firma .....

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO per Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)

Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra .....

nato/a il ..... a .....

residente a .....

**TEST SIEROLOGICO – ANTICORPI ANTI SARS-COV2**

**DICHIARA**

- a) di essere stato informato di effettuare il Test Sierologico per rilevare, nel siero e nel plasma, la presenza di anticorpi IgG e IgM prodotti contro il SARS-CoV-2;
- b) di aver preso visione della presente Informativa e Consenso Informato, nonché dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali; e

**CHIEDE E ACCETTA**

di sottoporsi al prelievo di sangue per l'esecuzione del Test Sierologico per la ricerca di anticorpi IgG e IgM prodotti contro il SARS-CoV-2 e di aver letto le informazioni sottoelencate:

1. il risultato **NEGATIVO** o non reattivo per anticorpi IgG e IgM implica l'assenza di risposta immunitaria e non garantisce circa l'assenza di pregresso contagio né della non contagiosità del soggetto testato quindi per escludere infezione anche in paziente asintomatico potrebbe essere necessaria la ripetizione del test sierologico dopo 7/14 giorni;
2. Risultato **POSITIVO** o **REATTIVO** per anticorpi IgG e IgM: probabile contagio pregresso (possibile protezione) o recente. La Delibera n.3131 del 12/05/2020 di Regione Lombardia stabilisce che, in caso di risultato **POSITIVO** del Test:
  - Il personale autorizzato del Centro CEDAL comunicherà l'esito positivo al paziente, al medico di medicina generale (MMG) che ha in carico il paziente e al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria dell'ATS Insubria (Varese).
  - Il paziente dovrà obbligatoriamente verificare la contagiosità mediante ricerca dell'RNA virale, pertanto, dovrà sottoporsi quanto prima al tampone rino-faringeo.
  - Il paziente dovrà iniziare la quarantena fiduciaria fino all'eventuale esito negativo del tampone rino-faringeo per la ricerca dell'RNA virale.

**TAMPONE RINOFARINGEO metodo PCR PER DIAGNOSI DI INFEZIONE SARS COV2**

**DICHIARA**

- a) di essere stato informato di effettuare il Tampone Rinofaringeo per rilevare la presenza del virus SARS COV2
- b) di aver preso visione della presente Informativa e Consenso Informato, nonché dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali; e

**CHIEDE E ACCETTA**

1. di sottoporsi all'esecuzione del tampone rinofaringeo
2. che l'esito dell'esame venga comunque comunicato dal laboratorio agli organi competenti

**DICHIARA**

di essere consapevole che in caso di esito positivo del tampone

- dovrà attenersi all'isolamento domiciliare obbligatorio
- dovrà rispettare gli obblighi per evitare la propagazione dell'infezione
- dovrà dare segnalazione tempestiva dell'esito positivo del tampone al Medico di Medicina Generale

Data..... Firma .....

(in caso di minore , firma del genitore o del tutore legale)





## SCHEDA PER LA NOTIFICA DI CASI DA VIRUS RESPIRATORI



**Stagione 2019-2020**

I dati della scheda dovranno essere inseriti nel sito al seguente indirizzo <https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx>

Copia della scheda dovrà essere inviata a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it) ed a [sorveglianza.influenza@iss.it](mailto:sorveglianza.influenza@iss.it)

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

### Dati della segnalazione

Data di segnalazione: |\_\_\_\_\_|

Regione: |\_\_\_\_\_| Asl: |\_\_\_\_\_|

### Dati di chi compila la scheda

Nome: |\_\_\_\_\_| Cognome: |\_\_\_\_\_|

Telefono: |\_\_\_\_\_| Cellulare: |\_\_\_\_\_| E-mail: |\_\_\_\_\_|

### Informazioni Generali del Paziente

Nome: |\_\_\_\_\_| Cognome: |\_\_\_\_\_| Sesso: M|\_\_| F|\_\_|

Data di nascita: |\_\_\_\_\_| se data nascita non disponibile, specificare età in anni compiuti: |\_\_|\_| o in mesi: |\_\_|\_|

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Comune di residenza: |\_\_\_\_\_|

In stato di gravidanza? Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_| se sì, mese di gestazione |\_\_|

### INFORMAZIONI NECESSARIE PER LA SORVEGLIANZA (OBBLIGATORIE)

CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO): |\_\_\_\_\_|

NUMERO DI TELEFONO (OBBLIGATORIO): |\_\_\_\_\_|

SETTING:  OSPEDALIERO  TERRITORIALE  ALTRO

### Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|

se sì, Nome commerciale del vaccino: |\_\_\_\_\_| Data della vaccinazione: |\_\_\_\_\_|

### Informazioni Cliniche del Paziente

Data insorgenza primi sintomi: |\_\_\_\_\_|

Data ricovero: |\_\_\_\_\_| Nome Ospedale: |\_\_\_\_\_|

Reparto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) |\_\_| Intubato |\_\_| ECMO |\_\_|

DEA/EAS |\_\_|

Terapia sub intensiva |\_\_|

Cardiochirurgia |\_\_|

Malattie Infettive |\_\_|

Altro, specificare |\_\_| \_\_\_\_\_

Terapia Antivirale: Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|

se sì, Oseltamivir |\_\_| Zanamivir |\_\_| Peramivir |\_\_| Data inizio terapia: |\_\_\_\_\_| Durata: |\_\_| (giorni)

Presenza di patologie croniche: Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_| se sì quali?

Tumore Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|

Diabete Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|

Malattie cardiovascolari Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|

Deficit immunitari Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|

Malattie respiratorie Sì|\_\_| No|\_\_| Non noto|\_\_|

Malattie renali Si|\_| No|\_| Non noto|\_|  
 Malattie metaboliche Si|\_| No|\_| Non noto|\_|  
 Obesità BMI tra 30 e 40 Si|\_| No|\_| Non noto|\_|  
 Obesità BMI>40 Si|\_| No|\_| Non noto|\_|  
 Altro, specificare: \_\_\_\_\_

## Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: |\_\_\_\_\_| Diagnosi per: |\_| A(H1N1)pdm09  
 |\_| A(H3N2)  
 |\_| A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)  
 |\_| A/Altro sottotipo |\_\_\_\_\_|  
 |\_| B  
 |\_| nuovo coronavirus (2019 – nCoV)

Data diagnosi del laboratorio: |\_\_\_\_\_|

Invio del campione al Laboratorio NIC presso ISS: Si|\_| No|\_| se sì, Data di invio: |\_\_\_\_\_|

Se presenza complicanze, specificare: |\_\_\_\_\_|

Data complicanza: |\_\_\_\_\_| Eseguita radiografia: Si|\_| No|\_| Non noto|\_|

Polmonite: Si|\_| No|\_| Non noto|\_|

Polmonite influenzale primaria: Si|\_| No|\_| Non noto|\_|

Polmonite batterica secondaria: Si|\_| No|\_| Non noto|\_|

Polmonite mista: Si|\_| No|\_| Non noto|\_|

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI)<sup>1</sup>: Si|\_| No|\_| Non noto|\_|

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)<sup>2</sup>: Si|\_| No|\_| Non noto|\_|

Altro, specificare: Si|\_| No|\_| Non noto|\_| \_\_\_\_\_

## Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da nuovo coronavirus? Si|\_| No|\_| Non noto|\_| Se sì,

dove \_\_\_\_\_ data di arrivo: |\_|/|\_|/|\_| data di partenza: |\_|/|\_|/|\_|

dove \_\_\_\_\_ data di arrivo: |\_|/|\_|/|\_| data di partenza: |\_|/|\_|/|\_|

dove \_\_\_\_\_ data di arrivo: |\_|/|\_|/|\_| data di partenza: |\_|/|\_|/|\_|

data di arrivo in Italia: |\_|/|\_|/|\_|

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da nuovo coronavirus? Si|\_| No|\_| Non noto|\_|

Se sì, specificare dove: \_\_\_\_\_

data esposizione: |\_|/|\_|/|\_|

## Esito e Follow-up

Esito: Guarigione |\_| Data: |\_\_\_\_\_|

Decesso |\_| Data: |\_\_\_\_\_|

Presenza esiti |\_| Specificare \_\_\_\_\_

Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali, inclusa la sottotipizzazione per A(H1N1)pdm09 e A(H3N2), per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate).

Per i casi con conferma di laboratorio per influenza si raccomanda di far pervenire il campione biologico al Centro Nazionale Influenza (NIC) presso L'ISS, previa comunicazione tramite flulab@iss.it, se da soggetti con età <65 anni e non aventi patologie croniche favorevoli le complicanze. In caso di virus di tipo A non sottotipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2) e appartenente ad altro sottotipo (es. H5, H7, H9, H1N1v, H3N2v) e in caso di 2019-nCoV, si raccomanda di contattare tempestivamente e far pervenire al NIC il campione biologico.

<sup>1</sup> Definizione di caso di SARI: un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mal di testa, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

<sup>2</sup> Definizione di ARDS: paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.

Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

## INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO TAMPONE COVID-19

### Caratteristiche del test

Il tampone è un esame che permette di rilevare la presenza o meno del virus SARS COV-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease 2019).

Il tampone è indolore anche se in alcuni soggetti può risultare fastidioso e viene effettuato inserendo un bastoncino con una sorta di cotton fioc posizionato all'estremità. Il tampone viene strofinato leggermente sulla mucosa:

- della faringe posteriore, infilando in bocca fino ad arrivare nei pressi delle tonsille per il tampone faringeo;
- del naso, inserendo il tampone nelle due narici e procedendo fino a raggiungere la parete posteriore del rinofaringe (parte superiore della faringe)

L'analisi dei tamponi rino-faringei è l'unico test diagnostico che permette di rilevare la presenza o meno del virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease 2019).

### Chi lo esegue

Il tampone viene effettuato da Personale Sanitario.

Il campione prelevato verrà analizzato dal Laboratorio Autorizzato

### Possibili risultati del test

- **NON RILEVATO:** non risultano infezioni in corso da virus SARS Cov-2
- **RILEVATO:** risulta in corso un'infezione da virus SARS Cov-2

### Tempi di refertazione

I risultati del tampone saranno comunicati dal Laboratorio Analisi Cliniche nell'arco di 72 ore lavorative dall'esecuzione del tampone e gli stessi risultati saranno inseriti all'interno della Piattaforma COVID-19 di Regione Lombardia