



S.C. ANALISI CLINICHE
Direttore: Dott. Massimo Di Benedetto

**MODULO RICHIESTA
ESAME SIEROLOGICO PER SARS-CoV-2**

COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE IN TUTTE LE SUE PARTI (IN STAMPATELLO)

Cognome e Nome del paziente: _____

Data di nascita (gg/mm/aa): ____/____/____

Luogo di nascita: _____

CF: _____

Residenza: _____

Tel.: _____

TIPOLOGIA ESAME: **Ac. Anti-N SARS-CoV2 Totali (IgG+IgM)** (1 provetta tappo Arancio anello Nero 5,0 mL) **Ac. Anti-S SARS-CoV2 (IgG)** (1 provetta tappo Rosso anello Giallo 5,0 mL)

Data della raccolta: ____/____/____

Luogo della raccolta: _____

Notizie cliniche:

- asintomatico
- sintomatologia compatibile con SARS-CoV-2
- contatto con sintomatico/paucisintomatico
- tampone SARS-Cov-2: positivo - data ____/____/____ negativo - data ____/____/____
- vaccinazione: I dose - data ____/____/____ II dose - data ____/____/____

L'utilizzo di test sierologici non ha fini diagnostici, ma prevalentemente di indagine epidemiologica di popolazione e permette di valutare se le persone sono entrate in contatto con il virus SARS-CoV-2 o hanno risposto alla vaccinazione.

Nel caso di risultato positivo, al fine di attivare le misure di prevenzione qualora fosse necessario, si provvederà ad effettuare la segnalazione alla Struttura CUS 118 e alla Struttura di Igiene e Sanità Pubblica (SISP). La struttura SISP, valutato il caso e se ritenuto necessario, invierà alla CUS 118 i nominativi dei pazienti positivi al test sierologico che dovranno effettuare il tampone naso-faringeo e in attesa del referto sarà disposto l'isolamento fiduciario del soggetto sulla piattaforma CoVID-19 (DGR n.673 del 24/07/2020).

- Il paziente debitamente informato **ACCETTA di sottoporsi al prelievo ematico** per l'esecuzione del test sierologico e di **acconsentire ad eventuali ulteriori indagini** correlate al CoVID-19, come stabilito dal **DGR n.673 del 24/07/2020**, sopracitato.

Identificazione del paziente:

Doc _____ N° _____ Scadenza ____/____/____

Firma del paziente _____

Solo ed esclusivamente nel caso in cui il paziente sia minorenne:

Firma di un genitore (o di chi esercita la patria potestà) _____

Doc _____ N° _____ Scadenza ____/____/____