

## SCREENING COVID-19 CON TEST ANTIGENICO RAPIDO DA TAMPONE NASALE

### Parte Generale

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Nato/a a \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Città di residenza \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

### Parte COVID

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti stretti (<1m per almeno 15 min senza dispositivi di sicurezza) con un caso confermato di Covid-19?

si  no

Negli ultimi 14 giorni è stato posto in isolamento domiciliare?

si  no

Negli ultimi 14 giorni ha effettuato altri test utili alla diagnosi Covid-19? Se SI, quale?

si  no \_\_\_\_\_

| Negli ultimi 14 giorni ha avuto: |  |
|----------------------------------|--|
| FEBBRE > 37.5°C                  |  |
| TOSSE SECCA                      |  |
| AFFATICAMENTO                    |  |
| PRODUZIONE DI ESPETTORATO        |  |
| DISPNEA                          |  |
| MIALGIA O ARTRALGIA              |  |
| MAL DI GOLA                      |  |
| MAL DI TESTA                     |  |
| VOMITO                           |  |
| DIARREA                          |  |
| DISGEUSIA (ALTER. DEL GUSTO)     |  |
| ANOSMIA (ALTER. DELL'OLFATTO)    |  |

### Altre info utili ad una miglior diagnosi

Fuma? Se SI, quante sigarette al giorno?

si  no \_\_\_\_\_

Ha disturbi del sonno?

mai  raramente  spesso  sempre

Ha disturbi cardiaci? Se SI, quali?

si  no \_\_\_\_\_

È iperteso?

si  no

Ha altre patologie che le sono state diagnosticate? Se si quali?

si  no \_\_\_\_\_

In media quante volte all'anno si reca dal medico?

mai  1/2 volte  Oltre 3 volte

Nome medico curante? \_\_\_\_\_

In media quante volte all'anno si reca dal dentista?

mai  1/2 volte  Oltre 3 volte

Nome dentista? \_\_\_\_\_

Ogni quanto si sottopone ad analisi del sangue?

6 mesi  1 anno  2 anni  mai

Nome laboratorio? \_\_\_\_\_

Quanti figli ha? \_\_\_\_\_

Numero membri nucleo familiare? \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA E MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### Titolari del trattamento, finalità e destinatari

Il Centro Diagnostico Delta S.r.l. tratterà i Suoi dati personali, in particolare quelli sulla salute, esclusivamente in funzione dell'attività di analisi clinica, nel rispetto della legge comunitaria (Regolamento UE 2016/679) e nazionale (D. Lgs 196/2003) sulla privacy ed in accordo a quanto prescritto nelle "Linee Guida in tema di referti online" (Delib. Gar. dati pers., 19/11/2009, n. 36 e s.m.i.). In relazione alle finalità dinanzi specificate e, in particolare, per finalità fiscali, contabili e di gestione anagrafe clienti (elaborazione amministrativa, fatturazione, spedizione), i Suoi dati personali potranno essere comunicati a terze parti ed a persone o società esterne che agiscono per loro conto. Il trattamento dei dati personali e dei campioni biologici è necessario per l'effettuazione dell'analisi, della refertazione e della fatturazione ed il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di effettuare le analisi.

### Natura dei dati, modalità del trattamento e periodo di conservazione.

Il sanitario che effettuerà le analisi raccoglierà i dati ed i campioni biologici che La riguardano che saranno registrati, elaborati e conservati presso il Centro Diagnostico Delta S.r.l. Le modalità di trattamento dei dati a Lei riferibili prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici strettamente correlati alle finalità sopra indicate.

I Suoi dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per effettuare le analisi e, in ogni caso, per un arco di tempo non superiore a quello necessario per conseguire le finalità sopra indicate per le quali sono stati raccolti e trattati.

### Fruizione facoltativa del servizio di refertazione on-line.

I referti potranno essere inviati dal centro Delta Srl in due differenti modalità (definite entrambe "on-line") a seconda della scelta manifestata dal paziente: attraverso upload sulla piattaforma web accessibile all'indirizzo [www.centrodeltaonline.com](http://www.centrodeltaonline.com); mediante invio per posta elettronica del referto in allegato Pdf protetto tramite Pin personale con relativa ricezione dello stesso presso la Sua casella di posta elettronica. Il servizio di refertazione on-line è facoltativo, avendo la finalità di rendere più rapidamente conoscibile il risultato dell'esame clinico effettuato, disponendo Lei, in ogni caso, della possibilità di scegliere di ritirare il referto in formato cartaceo presso la struttura erogatrice della prestazione. Potrà, peraltro, decidere liberamente di aderire o meno a tale servizio di refertazione, senza alcun pregiudizio sulla possibilità di usufruire della prestazione richiesta. Una volta acquisito il referto, potrà richiedere ed ottenere ulteriori indicazioni dal sanitario che ha eseguito l'analisi clinica.

### Esercizio dei diritti

Potrà esercitare i diritti di cui al D.Lgs. n. 196/03 ed al Regolamento UE 2016/679 (esempio: accedere ai suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc.) rivolgendosi direttamente a Centro Diagnostico Delta S.r.l. Potrà manifestare, in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione, una volontà contraria ovvero che il referto non sia oggetto del servizio di refertazione on-line precedentemente scelto. In particolare, la informiamo che potrà chiedere al titolare del trattamento, in qualunque momento:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intellegibile;
- l'accesso ai suoi dati personali, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati che La riguardano;
- l'origine, le finalità e le modalità del trattamento dei Suoi dati;
- la comunicazione a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali, delle eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma degli artt. 16, 17, par. 1, e 18 del Regolamento, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato nonché la comunicazione, in Suo favore, degli stessi destinatari.

Potrà opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei Suoi dati e, in particolare, al trattamento dei Suoi dati al fine di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazioni commerciali, potrà esercitare il diritto alla portabilità dei dati ed avrà diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo. La informiamo, inoltre, che potrà revocare il consenso in qualsiasi momento, e con la stessa facilità con cui è stato concesso, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca. Il titolare del trattamento è Centro Diagnostico Delta S.r.l. con sede legale in Apollosa (Benevento), alla Via Piazza S. Giuseppe Moscati, 8 – S.S.Appia Km 254+900 – 82030, contattabile ai seguenti recapiti: e-mail: [privacy@centrodeltasrl.com](mailto:privacy@centrodeltasrl.com), Tel.: +39 0824363764, Fax: +39 0824364092

Il R.P.D. - Responsabile Protezione Dati è contattabile ai seguenti recapiti: Pec: [centrodelta@arubapec.it](mailto:centrodelta@arubapec.it), Fax: +39 0824364092.

### Consenso

Ciò premesso, io sottoscritto/a, presa visione della informativa sopra riportata,

esprimo il consenso  nego il consenso  al trattamento dei miei dati personali per gli scopi di analisi clinica, nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento

esprimo il consenso  nego il consenso  al trattamento dei miei dati personali conseguente alla fruizione facoltativa del servizio di refertazione on-line.

esprimo il consenso  nego il consenso  a ricevere il risultato del test tramite SMS su cellulare da me indicato

esprimo il consenso  nego il consenso  ad essere contattato per scopi promozionali e altre finalità di marketing da società terze

Esprimo altresì il consenso a partecipare ad uno studio di validazione per la valutazione delle prestazioni di un test rapido lateral flow immunocromatografico per la ricerca dell'antigene SARS-CoV-2 nelle secrezioni nasali. Trattasi di un test Antigenico Rapido (**FAST-COVID SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test Kit**), IVD in fase di notifica al Ministero della Salute. A tale scopo, verranno raccolti da personale qualificato, un tampone rino/orofaringeo per diagnosi molecolare mediante RT-PCR e un tampone nasale da sottoporre a test antigenico rapido. esprimo il consenso  nego il consenso

Nome e cognome dell'interessato/a (in stampatello) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### SE PERTINENTE:

Nome, cognome (in stampatello) del tutore/rappresentante legale/testimone \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_