



## ANALISI CLINICHE FORANO SRL

Via Luigi Angelini 5°  
02044 FORANO (RI)

### SCHEMA VALUTAZIONE DI MEDICINA GENERALE TEST SIEROLOGICO PER LA RICERCA DEL SARS COVID-19

- CAMPIONE**

Identificativo del campione: \_\_\_\_\_

- ANAGRAFICA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Genere  M  F

Residenza \_\_\_\_\_ Numero di conviventi \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

- MEDICO PRESCRITTORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Afferenza studio epidemiologico \_\_\_\_\_

<ul style="list-style-type: none"><li><b>STRUTTURA DI PROVENIENZA</b> <input type="checkbox"/> sanitaria <input type="checkbox"/> altro</li><li><b>TEST RAPIDO SIEROLOGICO QUALITATIVO</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</li><li><b>RISULTATO TEST SIEROLOGICO QUALITATIVO</b> <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> dubbio</li><li><b>METODICA TEST SIEROLOGICO QUALITATIVO</b> <i>Immunocromatografico</i></li><li><b>TEST SIEROLOGICO QUANTITATIVO</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</li><li><b>RISULTATO DEL TITOLO IGG</b> _____</li><li><b>METODICA TEST SIEROLOGICO QUANTITATIVO</b> <i>ELISA</i></li><li><b>DATA PRELIEVO TEST SIEROLOGICO</b> ____/____/____</li><li><b>DATA TEST SIEROLOGICO</b> ____/____/____</li></ul>	<b>VALUTAZIONE CLINICA (riservato al Laboratorio)</b> <table border="1"><tr><td>1. Temperatura superiore ai 37,5 c°?</td><td>SI, inviare a casa</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>2. Difficoltà respiratoria a riposo?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>3. Stato di coscienza alterato?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>4. Alterazione del gusto e/o dell'olfatto?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>5. Mal di gola?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>6. Tosse?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>7. Congiuntivite?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>8. Diarrea?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>9. Dolori muscolari?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>10. Vomito?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>11. Astenia?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>12. Cefalea?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>13. Ha patologie croniche che richiedono controlli periodici?</td><td>SI</td><td></td><td>NO</td><td></td></tr><tr><td>se SI, quali?</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>14. Firma</td><td colspan="4"></td></tr></table>	1. Temperatura superiore ai 37,5 c°?	SI, inviare a casa		NO		2. Difficoltà respiratoria a riposo?	SI		NO		3. Stato di coscienza alterato?	SI		NO		4. Alterazione del gusto e/o dell'olfatto?	SI		NO		5. Mal di gola?	SI		NO		6. Tosse?	SI		NO		7. Congiuntivite?	SI		NO		8. Diarrea?	SI		NO		9. Dolori muscolari?	SI		NO		10. Vomito?	SI		NO		11. Astenia?	SI		NO		12. Cefalea?	SI		NO		13. Ha patologie croniche che richiedono controlli periodici?	SI		NO		se SI, quali?					14. Firma				
1. Temperatura superiore ai 37,5 c°?	SI, inviare a casa		NO																																																																									
2. Difficoltà respiratoria a riposo?	SI		NO																																																																									
3. Stato di coscienza alterato?	SI		NO																																																																									
4. Alterazione del gusto e/o dell'olfatto?	SI		NO																																																																									
5. Mal di gola?	SI		NO																																																																									
6. Tosse?	SI		NO																																																																									
7. Congiuntivite?	SI		NO																																																																									
8. Diarrea?	SI		NO																																																																									
9. Dolori muscolari?	SI		NO																																																																									
10. Vomito?	SI		NO																																																																									
11. Astenia?	SI		NO																																																																									
12. Cefalea?	SI		NO																																																																									
13. Ha patologie croniche che richiedono controlli periodici?	SI		NO																																																																									
se SI, quali?																																																																												
14. Firma																																																																												

### ANALISI CLINICHE FORANO SRL

Laboratorio Generale di Base

Sede Legale e Laboratori: Via Luigi Angelini 5/a - 02044 Forano (RI) Tel/Fax: 0765.57.06.50 - 0765.57.11.98  
e-mail: [info@analisiclinicheforano.com](mailto:info@analisiclinicheforano.com) - [www.analisiclinicheforano.com](http://www.analisiclinicheforano.com) - PEC: [analisiclinicheforano@legalmail.it](mailto:analisiclinicheforano@legalmail.it)  
P.Iva : 01175020575 Cod.Fisc. 01175020575 - Rea n. RI 73729



**CONSENSO INFORMATO AL TEST SIEROLOGICO QUALITATIVO E/O QUANTITATIVO  
per Covid-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)**

Data: 19/04/2021 - Rev.1

**Che cos'è e come si esegue**

I test sierologici consentono di determinare se è avvenuta o se è in atto un'infezione da SARS-CoV-2; l'infezione, infatti, può essersi presentata senza alcun sintomo o con sintomi talmente lievi da passare inosservata. Possono dare utili indicazioni circa un eventuale contatto del paziente con il virus attraverso la misurazione degli anticorpi nel sangue. I test sierologici per la rilevazione di anticorpi anti-SARS CoV-2, su siero, e "rapido", su sangue capillare permettono di misurare la presenza degli anticorpi prodotti dal sistema immunitario in risposta all'infezione. Gli anticorpi, prodotti dai linfociti B, sono rappresentati, principalmente, da: immunoglobuline M (IgM) e immunoglobuline G (IgG).

**Possibili risultati test anticorpale**

Infezione in corso: IgG Positivo

Infezione in corso in fase iniziale: IgM Positivo - IgG Negativo

Infezione pregressa, possibile immunizzazione: IgM Positivo - IgG Positivo

Assenza di infezione o assenza di risposta immune: IgM Negativo - IgG Negativo

Fase di incubazione: IgM Negativo

Il Test Sierologico quantitativo per Covid-19 è un test di screening quantitativo per la ricerca di anticorpi contro il virus SARS-CoV2 responsabile del 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 avvenuta infezione da COVID-19 e IgM, indicatori (da soli o con anticorpi IgG) di una possibile infezione in atto.

**I test così effettuati non costituiscono in nessun caso certificazione dello stato di malattia contagiosità o guarigione**

**CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dichiaro di avere letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che in caso di positività la stessa sarà comunicata ai Servizi Sanitari Pubblici competenti da parte della Struttura per l'adozione delle misure necessarie previste dalla normativa vigente.

In considerazione del colloquio effettuato con il **Biologo Dott. Cianfa Arnaldo** chiaro, dettagliato, sufficiente ed esaustivo, e avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come sopra riportati, inerenti al TEST SIEROLOGICO QUALITATIVO e/o QUANTITATIVO, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato ai Servizi Sanitari Pubblici competenti.

**CONSENSO DELL'UTENTE/ESERCENTE POTESTÀ GENITORIALE O TUTORE**

**EVENTUALE TUTORE:** .....  M  F

Luogo di Nascita: ..... Data di Nascita: ..... Tel.: .....

Domicilio: ..... CAP: .....

C.F.: ..... E-mail:.....

Medico Curante, Dott: ..... Tel.:.....

**presto il consenso all'esecuzione del TEST SIEROLOGICO**

**SI NO**

**IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI**

Con la sottoscrizione del presente documento, presto il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento 679/16 (GDPR)

Il consenso informato per questo esame, in conformità al Reg. EU 679/2016, sarà mantenuto in originale per mesi uno quindi eliminato

**Firma del Paziente**

**Firma del personale medico che ha acquisito il consenso**

Data...../...../.....

**REVOCA CONSENSO**

Il sottoscritto....., revoco il consenso da me precedentemente prestato, consapevole che tale revoca non pregiudica l'utilizzo dei dati effettuato prima di tale atto.

Data...../...../.....

Firma del Paziente.....

**ANALISI CLINICHE FORANO SRL**

**Laboratorio Generale di Base**

Sede Legale e Laboratori: Via Luigi Angelini 5/a - 02044 Forano (RI) Tel/Fax: 0765.57.06.50 - 0765.57.11.98

e-mail: [info@analisiclinicheforano.com](mailto:info@analisiclinicheforano.com) - [www.analisiclinicheforano.com](http://www.analisiclinicheforano.com) - PEC : [analisiclinicheforano@legalmail.it](mailto:analisiclinicheforano@legalmail.it)

P.Iva : 01175020575 Cod.Fisc. 01175020575 - Rea n. RI 73729