

TEMPERATURA CORPOREA	
_____ °C	
SINTOMATICO	
SI	NO

SCUOLA SOTTUFFICIALI M.M. TARANTO

CODICE CAMPIONE
A CURA DELL'ACCETTAZIONE

CODICE UNIVOCO

Precedente Diagnosi di Covid 19?	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Precedente Positività a Tampone SARS-Cov2?	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Positivo a Test Sierologico	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se positivo a Test Sierologico barrare tipologia di positività di Covid 19?	IgG	IgM
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODULO CONSENSO INFORMATO PER TEST SIEROLOGICO ED EVENTUALE TAMPONE NASOFARINGEO E OROFARINGEO

ANAGRAFICA PAZIENTE	
COGNOME _____ NOME_NATO IL _____	
A _____ (____) RESIDENTE IN _____ (____)	
CODICE FISCALE _____ DOMICILIO PROSSIME 72h: <u>Scuole Sott.li M.M. - TARANTO</u>	
TEL _____ E-MAIL massimo.falcioni@marina.difesa.it - cosimo.papa@marina.difesa.it	
ISTITUZIONE DI APPARTENENZA:	
E.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>
M.M. <input type="checkbox"/>	A.M. <input type="checkbox"/>
P.S. <input type="checkbox"/>	G.d.F. <input type="checkbox"/>
CIVILE AVENTE DIRITTO <input type="checkbox"/>	
PCM <input type="checkbox"/>	ALTRO: _____ ENTE DI SERVIZIO: _____
INTRODUZIONE:	
<p>Dalla fine di Dicembre 2019 è iniziato in Cina un evento epidemico di infezione respiratorie acute associate alla diffusione di un nuovo agente virale emergente che nel corso degli ultimi mesi si è sviluppato a carattere pandemico. In data 09/10/2019 è stato identificato dai CDC cinesi l'agente eziologico di questa infezione, un nuovo Coronavirus identificato come SARS-Cov2. Non sono ancora disponibili conoscenze solite sul decorso della malattia o per identificare il paziente a maggior rischio di sviluppare forme gravi di infezione.</p> <p>I dati fino ad ora disponibili suggeriscono che la maggior parte delle infezioni siano associate ad una malattia simile all'influenza, tuttavia sono stati anche descritti una minoranza di casi di infezione associate a malattia grave con insufficienze respiratorie gravissime con necessità di assistenza in terapia intensiva. Secondo le conoscenze attualmente disponibili la principale fonte di trasmissione dell'infezione da Sars-Cov2 sono i soggetti sintomatici tuttavia non è possibile escludere totalmente che la trasmissione possa avvenire anche da soggetti infetti senza evidenti sintomi di malattia. Al fine di comprendere la biologia di questo nuovo virus, l'OMS raccomanda che gli stati membri implementino protocolli di sorveglianza delle infezioni da Sars-Cov2 che includano <u>la raccolta delle informazioni</u> sui pazienti e la conservazione di campioni biologici prima che essi sviluppino le manifestazioni cliniche.</p> <p>Informativa al Paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verrà sottoposto ad un prelievo ematico capillare mediante lancetta pungidito. • Non sono note controindicazioni particolari all'esecuzione dell'esame; • In caso di esito positivo al TEST SIEROLOGICO verrà sottoposto a Tampone OROFARINGEO e NASOFARINGEO. • Rischi dell'esame tampone nasofaringeo e orofaringeo: i rischi sono i medesimi di un tampone oro/nasofaringeo ovvero rinorrea anche in forma lieve, possibile epistassi, evocazione dello stimolo emetico, algie della sede di campionamento di breve durata. <p>Tenuto conto di quanto sopra specificato viene richiesto il consenso per fini di ricerca scientifica indipendente per la:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Raccolta delle informazioni di dati clinici ed epidemiologici inclusi eventuali esami di laboratorio; 2. Conservazione presso la Banca Biologica dell'INMI Lazzaro Spallanzani e/o del Dipartimento Scientifico del Policlinico Militare di Roma di aliquote di campioni biologici siero e fluidi respiratori per eseguire analisi virologiche. 3. Effettuare analisi genetiche per la caratterizzazione molecolare su campioni biologici per la infezione Sars-Cov2 sui campioni conservati. 	

Acquisizione del consenso

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Documento di identità: _____ n° _____ rilasciato da _____

In qualità di diretto interessato

ovvero di esercente la potestà sul minore riportato in pagina 1

DICHIARA QUANTO SEGUE

1. Di aver letto e compreso quanto contenuto nella presente scheda informativa consegnata e di aver avuto la possibilità di discutere eventuali dubbi inerenti il progetto comprendendone obbiettivi e rischi associati;
2. Di acconsentire alla donazione dei campioni biologici, sangue/tamponi/urine/ecc. nella consapevolezza che l'adesione a tale progetto è volontaria e che può essere ritirata in qualunque momento senza alcuna penalità o perdita di benefici;
3. Di acconsentire all'utilizzo dei propri dati clinici ed epidemiologici necessari all'analisi dei campioni biologici e alla successiva refertazione degli esiti;
4. Di acconsentire alla donazione dei campioni biologici che potranno essere utilizzati anche in futuro e che non saranno in nessun caso ceduti a terzi;
5. Di acconsentire alla possibilità che i campioni e le informazioni scientifiche relative agli stessi possano essere conservate ed utilizzate per attività di ricerca future;
6. Per quanto precede autorizzo nel rispetto del GDPR n° 679/2016, il trattamento dei dati personali sensibili.

Data e Luogo

Taranto _____

Firma del Paziente _____

IL CAPO SERVIZIO SANITARIO

Medico / Operatore sanitario che raccoglie il consenso C.V. (SAN) Vincenzo MASCELLARO

LINK EPIDEMIOLOGICO

1. Negli ultimi 14 giorni si è recato fuori dal proprio comune di residenza/domicilio? SI NO

SE SI?

Dove		Data di arrivo		Data di partenza	
Dove		Data di arrivo		Data di partenza	

2. Negli ultimi 14 giorni è stata a contatto con una persona affetta da polmonite da COVID 19? SI NO

3. Negli ultimi 14 giorni è stata a contatto con una persona risultata positiva al test tampone per la ricerca del COVID 19? SI NO

Attualmente è affetto da uno o più di uno dei seguenti segni e sintomi?

tosse	<input type="checkbox"/>	Mal di gola	<input type="checkbox"/>	Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	raffreddore	<input type="checkbox"/>	Febbre	<input type="checkbox"/>
cefalea	<input type="checkbox"/>	mialgie	<input type="checkbox"/>	Senso di malessere	<input type="checkbox"/>	astenia	<input type="checkbox"/>	Calo ponderale	<input type="checkbox"/>
anoressia	<input type="checkbox"/>	Confusione mentale	<input type="checkbox"/>	vertigini	<input type="checkbox"/>	congiuntivite	<input type="checkbox"/>	Altri sintomi	<input type="checkbox"/>

Presenta una o più delle seguenti patologie croniche?

tumore	<input type="checkbox"/>	Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	diabete	<input type="checkbox"/>	Deficit immunitari	<input type="checkbox"/>	Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/>
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	Malattie metaboliche	<input type="checkbox"/>	obesità	<input type="checkbox"/>	Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

ALTRE PATOLOGIE? : _____ **FARMACI ASSUNTI 24/72 ORE?** _____

**AUTODICHIARAZIONE COVID-19 RIPORTANTE L'ASSENZA DI CONDIZIONI
FISICHE E DI SALUTE OSTATIVE PER IL CONCORSO PER IL RECLUTAMENTO
DI VOLONTARI IN FERMA PREFISSATA ANNUALE (VFP1) NELLA
MARINA MILITARE.
(ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il ___/___/_____ a _____ (____)
residente in _____ (____), via _____
e domiciliato/a in _____ (____), via _____
documento d'identità _____ nr. _____
rilasciato da _____ in data ___/___/_____
utenza telefonica _____,

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti da dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA DI (1)

- non essere affetto/a, attualmente, da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- non presentare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia, diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- non essere sottoposto/a alla misura della quarantena ovvero al divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione o dimora (disposti dalle autorità sanitarie competenti, ai sensi della normativa vigente) ovvero non essere a conoscenza, a oggi, del proprio stato di positività al COVID-19;

Presta esplicito consenso, ai sensi dei Decreti Legislativi 30 giugno 2003 n. 196 e 10 agosto 2018 n. 101 e del Regolamento (UE) 2016/679, in materia di raccolta, trattamento e protezione dei dati personali, nella consapevolezza che risulta necessario per le finalità del procedimento correlato alla presente dichiarazione.

(Località e data)

(Firma leggibile del dichiarante)

Note:

(1) Qualora anche una sola delle condizioni oggetto di autodichiarazione non dovesse essere soddisfatta, è fatto divieto al candidato di presentarsi presso la sede stabilita per l'incorporamento. Fermo restando le tutele previste dall'ordinamento vigente, in relazione all'eventuale possibilità di riconvocazione nell'ambito della procedura concorsuale in atto, compatibilmente con il calendario concorsuale, il candidato è invitato a prendere contatti e avanzare richiesta a Mariscuola Taranto ai seguenti recapiti già indicati nel bando: mariscuola.taranto@postacert.difesa.it; mescuola.ta.concorsovfp1@marina.difesa.it