

**Tipo di test:**

- PCR striscio singolo
 PCR saliva singola
 Test antigeno rapido
 PCR-Pooling

Motivi per il test:

- Interessi propri (viaggi etc.)
 Visitare un'istituzione sociosanitaria
 Quarantena/ Contact Tracing
 sintomi
 Analisi di conferma

Certificato Covid:

- Sì
 No
 Lingua: It Fr Te Re
 Codice di trasferimento:
 _ _ _ _ _

Descrizione dei sintomi: (per più di 4 giorni: Sì / No)

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raffreddore | <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Mal di gola |
| <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Fiato corto | <input type="checkbox"/> Perdita dell'olfatto e/o del gusto |
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Fatica, debolezza generale |
| <input type="checkbox"/> cefalea | <input type="checkbox"/> dolori muscolari | <input type="checkbox"/> Altri sintomi: _____ |

Criteri di inclusione ed esclusione:

- Ha delle malattie preesistenti? Medicine? È incinta? Sì No
(malattie cardiovascolari, diabete, disturbi della coagulazione, malattie respiratorie, cancro, obesità, malattia del fegato o dei reni, etc.)
- Lavora nel settore sanitario a contatto diretto con i pazienti? Sì No
- Ha subito di recente interventi chirurgici al naso, ha una deviazione del setto nasale o di restringimenti cronici delle fosse nasali? Sì No
- È stato/a completamente vaccinato/a dal COVID-19? Sì No

Etichetta del dossier del cliente:

Cognome:
 Nome:
 Data di nascita:
 Numero di telefono:
 N. assicurato: 80756.....

Informazioni & consenso:

Con la firma, si conferma o si accetta quanto segue:

- Accuratezza e completezza delle informazioni*
 Consenso all'elaborazione dei dati*
 Consenso al prelievo e alla realizzazione del test*
 * Vedi spiegazioni separate sul foglio supplementare

Data: _____

Firma: _____

Da completare da parte della farmacia

Fatturazione:

- pagamento a carico del cliente Copertura dei costi da parte della cassa malattia

Documentazione di test:

Numero del test interne: _____ Roche Abbott Collabor. che esegue: _____
 Data del prelievo: _____ Ora: _____ Visto: _____

Risultato del test:

- positivo** Informaz. sull'isolamento/quarantena consegnate Analisi di conf. PCR necessaria
 negativo Certificato Covid rilasciato
 Notifica risultato del test alla persona testata (personale / nella app Covid / telefono/ Mail / SMS)
 Segnalazione all'UFSP fatta il: _____ alle: _____

Questo documento deve essere conservato per almeno 10 anni o secondo le norme cantonali.



Spiegazioni sull'informazione e il consenso

Con la vostra firma accettate i seguenti punti:

- Tutti i dati da lei forniti nel questionario sono corretti e completi.
- Lei ha ricevuto informazioni sul test da eseguire e sul significato dei possibili risultati.
- Lei acconsente al prelievo, all'elaborazione dei dati, alla notifica all'autorità cantonale competente e all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e, in caso di contatto con un medico, alla trasmissione riservata dei dati paziente a quest'ultimo e, in caso di test PCR, che un laboratorio accreditato sia incaricato per le analisi.
- Se un'analisi di conferma PCR si rende necessaria a causa di un test rapido positivo, autorizza un nuovo prelievo di un campione e acconsente che un laboratorio accreditato sia incaricato delle analisi. Se il prelievo del campione per il test PCR non è possibile nella stessa farmacia, è stato informato di altre opzioni dove poter effettuare il test PCR.
- È stato informato di tutti i costi che possono sorgere.
- Prima del test ha avuto la possibilità di chiarire eventuali dubbi con uno/a specialista. Non ha altre domande.

Per i clienti a pagamento: costi dei test nella nostra farmacia

Test PCR	CHF
Test antigene rapido	CHF
Test PCR-Pooling saliva	CHF

Ulteriori informazioni possono essere trovate sui siti web dell'UFSP



Coronavirus: Test



Coronavirus: vaccinazione



Coronavirus: certificato COVID

BAG Infoline Coronavirus: +41 58 463 00 00, tutti i giorni dalle ore 6 alle 23

BAG Infoline vaccinazione Covid-19: +41 800 88 66 44, tutti i giorni dalle ore 6 alle 23