

**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