

PROGETTO SCREENING HCV POPOLAZIONE GENERALE - PIEMONTE – SCHEDA CARTACEA

Attenzione: questa versione cartacea per la registrazione dei dati deve essere usata come alternativa alla registrazione dei dati sulla piattaforma solo e unicamente nel caso in cui problemi tecnici impedissero l'accesso alla piattaforma stessa. Tutte le informazioni devono però essere registrate sulla piattaforma non appena i problemi tecnici siano risolti. Vista la presenza di dati sensibili, la scheda deve essere conservata in armadi o cassetti chiusi a chiave, a cui possono accedere solo gli operatori autorizzati, e distrutta non appena tutte informazioni siano state registrate sulla piattaforma.

DATI COMPILATORE

COGNOME: _____

NOME: _____

RUOLO:

<input type="checkbox"/>	Altro
<input type="checkbox"/>	Amministrativo
<input type="checkbox"/>	Assistente Sanitario
<input type="checkbox"/>	Infermiere professionale
<input type="checkbox"/>	Medico

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE

CODICE FISCALE / STP: _____

COGNOME: _____

NOME: _____

DATA DI NASCITA: ____ ____ / ____ ____ / ____ ____

TELEFONO: + _____

EMAIL: _____

Si dichiara di aver provveduto a informare il cittadino (ai sensi della normativa privacy) che il numero di cellulare e/o email indicati in procedura saranno utilizzati anche per ricevere comunicazioni e notifiche via SMS / email.

ESITO INVITO A PARTECIPARE ALLO SCREENING:

<input type="checkbox"/> ESCLUSO DA INVITO	MOTIVO: <input type="checkbox"/> HCV RNA positività già nota a inizio progetto/presa in carico
DATA ESCLUSIONE: ____ ____ / ____ ____ / ____ ____	

TEST PROPOSTO:
<input type="checkbox"/> TEST DI SCREENING
<input type="checkbox"/> Anticorpi anti HCV su sangue capillare
<input type="checkbox"/> Anticorpi anti HCV su saliva

RIFIUTA TEST

MODALITÀ DI INVITO AL TEST:

- In occasione di visita ambulatoriale non SerD
- Servizio di prevenzione territoriale – Lettera a casa
- Servizio di prevenzione territoriale – Chiamata/messaggio telefonico
- MMG – Chiamata/messaggio telefonico
- MMG – Lettera a casa
- MMG – In occasione di un accesso
- In occasione di accesso al PS
- In occasione di accesso/ricovero in Ospedale
- In occasione di Open Day
- In occasione di Campagne organizzate presso Aziende pubbliche/private
- In occasione di altri esami ematici
- In occasione di esecuzione tampone/vaccinazione
- In occasione di donazione sangue

DATA RIFIUTO: ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____ ____

ACCETTA TEST

MODALITÀ DI INVITO AL TEST:

- In occasione di visita ambulatoriale non SerD
- Servizio di prevenzione territoriale – Lettera a casa
- Servizio di prevenzione territoriale – Chiamata/messaggio telefonico
- MMG – Chiamata/messaggio telefonico
- MMG – Lettera a casa
- MMG – In occasione di un accesso
- In occasione di accesso al PS
- In occasione di accesso/ricovero in Ospedale
- In occasione di Open Day
- In occasione di Campagne organizzate presso Aziende pubbliche/private
- In occasione di altri esami ematici
- In occasione di esecuzione tampone/vaccinazione
- In occasione di donazione sangue

DATA ACCETTAZIONE: ____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____ ____

TEST DI SCREENING (test di primo livello)

TIPO DI TEST:

- Ab anti HCV su sangue capillare
- Ab anti HCV su saliva

DATA TEST

____ ____ / ____ ____ / ____ ____ ____ ____

ESITO DEL TEST:

- Positivo
- Negativo

Firma Compilatore

Luogo e data: _____
