

Test antigenici rapidi COVID-19

Questionario di triage per il test antigenico rapido SARS-CoV-2 in farmacia (ambito ambulatoriale) per persone a partire dai 12 anni di età¹

Versione : 15.03.2021

1. Criteri di inclusione ed esclusione

Attualmente soffre di sintomi?

NO → Si prega di rispondere alle seguenti 2 domande:

- | | Sì | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ha ricevuto una segnalazione di un contatto tramite l'app SwissCovid? ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. È in quarantena disposta dall'autorità cantonale competente e la rispetta per tutti i 10 giorni ⁴ ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nota: Se il test rapido è positivo, è necessario immediatamente una conferma mediante test PCR. Questi costi sono sostenuti dalla Confederazione. ➡ Continuare con la domanda 4.

Sì → Contrassegnare con una crocetta le voci pertinenti

- Sintomi di una malattia respiratoria acuta (ad esempio tosse, mal di gola, fiato corto, dolore al petto)
- Febbre
- Improvvisa perdita dell'olfatto e/o del gusto
- Confusione acuta o deterioramento delle condizioni generali negli anziani
- Altri sintomi⁵, cioè: _____

- | | Sì | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3. I sintomi sono iniziati più di 4 giorni fa
Data d'inizio dei sintomi: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se alla domanda n. 3 si risponde **Sì**, non è indicato eseguire **alcun test rapido** (possibile test PCR).

Lei risponde a questi criteri?

- | | Sì | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. Ha avuto recenti lesioni o ha subito di recente interventi chirurgici al naso o ai seni paranasali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ha un grave setto deviato o passaggi nasali cronicamente stretti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Soffre di disturbi della coagulazione (ad es. mancanza di fattori di coagulazione, emofilia) ⁶ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Il test **può essere svolto** se alle domande da 3 a 6 viene risposto **NO**.

2. Dati della persona sottoposta a test (incollare l'etichetta se necessario)

A

Cognome: Nome:

Data di nascita: Numero di telefono:

Sesso: Maschile Femminile Altro App SwissCovid disponibile: Sì NO

Via: NPA / Località:.....

Paese di residenza: E-mail:

Cassa malati: Assicurazione n.: 80756.....

¹ Per i bambini fino ai 12 anni esistono altre indicazioni di test. L'indicazione del test è formulata in linea di principio dal/la pediatra curante

² Secondo i criteri di sospetto, di prelievo di campioni e di dichiarazione dell'UFSP del 18 dicembre 2020.

³ Segnalazione dall'app SwissCovid: il test dovrebbe essere effettuato non prima del 5° giorno dopo il (primo) contatto

⁴ Quarantena di contatto e di viaggio: il test può essere eseguito a partire dal 7° giorno della quarantena. Un risultato negativo può terminare prematuramente la quarantena a proprie spese e con l'approvazione dell'autorità cantonale competente.

⁵ Per esempio: dolori muscolari, cefalea, debolezza generale, naso che cola, sintomi gastrointestinali (ad esempio, nausea, vomito, diarrea, dolore addominale), eruzioni cutanee.

⁶ L'assunzione di anticoagulanti non è un criterio di esclusione per il tampone nasofaringeo.

B

3. Informazioni e consenso:

Ho ricevuto informazioni sul test da eseguire, i costi e il significato dei possibili risultati. Prima della vaccinazione ho avuto la possibilità di chiarire eventuali dubbi con uno/a specialista. Non ho altre domande. Firmando il presente questionario, acconsento al prelievo di campioni mediante tampone nasofaringeo, 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 del paziente al medico.

- Solo in caso di pagamento a proprio carico: se il test rapido è positivo, deve essere confermato immediatamente dal test PCR. Il costo del test PCR è coperto dalla Confederazione. In questo caso, accetto un nuovo prelievo di un campione e l'incarico di un laboratorio accreditato per le analisi.

Con la mia firma dichiaro che tutti i dati indicati nel questionario sono corretti e completi.

Località/data: Firma della persona testata:



C

4. Dettagli del test / Prelievo del campione

- Produttore del test: Roche Diagnostics Abbott Rapid Diagnostics Altri:
- ID del test interno (numero di test int.):
- Misure igieniche rispettate
- Data del prelievo del campione: Ora:
- Visto collaboratore che esegue il test:
- Prelievo del campione interrotto a causa di:**
- Malessere cliente Rinuncia cliente Test non indicato per il cliente (criteri di esclusione)
- Indirizzamento al medico Altro:

D

5. Valutazione e comunicazione dei risultati

Risultato del test: positivo negativo

- Si informa la persona testata sull'isolamento/sulla quarantena (gestione dei focolai/contatti)
- Risultato del test riferito alla persona testata il: Data: Ora:

per telefono per e-mail per SMS consegna di persona

- Risultato del test riferito all'UFSP il: Data: Ora:

(Termine di segnalazione: entro 2 ore per i risultati positivi / entro 24 ore per i risultati negativi)

- In caso di test positivo, viene emesso e trasmesso alla persona testata il **codice COVID** (se disponibile l'app Swisscovid)
- Visto del collaboratore che effettua la segnalazione:

Commenti:

Località/data: Firma del/la farmacista responsabile:



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