

FARMACIA DI SANTHIÀ

TAMPONE RAPIDO PRESSO LA SEDE AVIS SANTHIÀ'

Presso la sede Avis di Santhià, sita in via Dante n.10, sarà possibile effettuare il tampone rapido antigenico per la diagnosi di Covid-19.

È possibile ricorrere a tale prestazione **solo previa prenotazione presso la Farmacia Comunale di Santhià** (sita in Corso Nuova Italia, 167 - telefono: 0161-94398), aperta dal lunedì al sabato con il seguente orario (8.30-12:30 15:00-19:30).

COSA FARE AL MOMENTO DELLA PRENOTAZIONE

- Comunicare l'eventuale necessità di assistenza (esempio, minori, disabili, ecc.): in questi casi è consentita la presenza di un solo accompagnatore che dovrà attenersi alle stesse regole di prevenzione da contagio Covid-19 a cui deve sottostare il proprio assistito;
- Pagare l'importo di **euro 35** relativo al costo della prestazione;
- Firmare il **consenso informato** relativo all'effettuazione del tampone rapido;
- Firmare il documento relativo alla privacy.

NB!! In presenza di sintomi indicati nella scheda di **pretriage** in allegato, il paziente non potrà ricevere la prestazione e dovrà avvisare la Farmacia Comunale di Santhià per disdire l'appuntamento concordato.

COSA FARE AL MOMENTO DEL TAMPONE

- **Recarsi all'appuntamento all'orario prestabilito** (per evitare eventuali assembramenti, è fondamentale rispettare l'orario concordato in fase di prenotazione senza anticiparlo o posticiparlo);
- **Attendere il proprio turno all'esterno del locale rispettando le distanze di sicurezza** (è cura dell'operatore chiamare il paziente non appena sarà il suo turno per l'esecuzione del test rapido);
- **Compilare il questionario di pretriage allegato alla presente** (in tale occasione al paziente viene misurata la temperatura corporea. Qualora questa sia uguale o superiore a + 37,5 °C il test prenotato non potrà essere effettuato e il richiedente dovrà fare rientro presso il proprio domicilio).

Si ricorda che per effettuare il test rapido è necessario essere muniti di:

- Mascherina chirurgica;
- Foglio di prenotazione;
- Documento d'identità;
- Tessera sanitaria e penna per compilare la scheda di pretriage.

COSA FARE AL TERMINE DEL TAMPONE

Al termine della prestazione, il paziente deve far ritorno al proprio domicilio. Nell'arco di qualche ora il paziente riceverà telefonicamente o a mezzo mail (comunicata in fase di prenotazione) l'esito del test rapido effettuato. Il referto potrà comunque essere ritirato in forma cartacea presso la Farmacia Comunale di Santhià (indossando sempre mascherina chirurgica).

ESITO DEL TAMPONE

- In caso di esito **negativo** il paziente potrà tornare alle proprie occupazioni senza ulteriori adempimenti;
- In caso di esito **positivo** il paziente dovrà contattare immediatamente il proprio medico curante e attenersi alle sue indicazioni.

SCHEDA PRE-TRIAGE
OBBLIGATORIA PER ACCESSO ALLA PRESTAZIONE

Nome, _____ Cognome, _____ Data di
Nascita, _____ Residente a, _____

1) Criteri Clinici da valutare:

a) nell'ultima settimana ha manifestato **almeno uno** tra questi segni e/o sintomi:

- temperature uguale o maggiore a + 37,5 C°; SI NO
- tosse; SI NO
- dispnea; SI NO

b) nell'ultima settimana ha manifestato **almeno due** tra questi segni e/o sintomi:

rinite, faringodinia, mialgie, astenia, nausea, vomito, diarrea, disosmia, disgeusia. SI NO

2) Criteri epidemiologici da valutare:

➤ attualmente si trova in isolamento fiduciario domiciliare?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
➤ ha avuto un contatto stretto con caso confermato di Covid-19 negli ultimi 14 giorni?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
➤ ha avuto il decesso di familiare convivente per cause inspiegate negli ultimi 14 giorni?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
➤ proviene da una struttura residenziale con casi accertati o sospetti di Covid-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
➤ ha avuto accesso negli ultimi 14 giorni in struttura o reparto ospedaliero con casi accertati di Covid-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Se in presenza di sintomi e/o almeno una delle condizioni sopra elencate occorre comunicarlo subito al Medico di medicina generale/Pediatra di Libera Scelta e la prestazione non viene effettuata.

Data _____ Ora _____ Firma del paziente _____

Firma dell'operatore sanitario _____