

Noi sottoscritti

sig.ra \_\_\_\_\_ e sig. \_\_\_\_\_

Siamo consapevoli che, nel rispetto della normativa vigente in Regione Lombardia, 48-72 ore prima del ricovero presso la struttura Policlinico San Pietro la partner femminile dovrà sottoporsi a tampone oro faringeo e successivo isolamento fiduciario.

Qualora il tampone risulti positivo prima del prelievo di ovociti, si renderà necessario sospendere la procedura oppure effettuare la procedura medesima in sala COVID dedicata e proseguire il ricovero in reparto COVID dedicato.

Nel caso in cui il tampone risulti positivo prima della procedura di trasferimento degli embrioni si procederà alla crioconservazione degli stessi e a differimento del transfer

Data \_\_\_\_\_

Signora Firma \_\_\_\_\_

Signor Firma \_\_\_\_\_

### SCHEDA DI TRIAGE VAUTAZIONE DEL RISCHIO COVID 19 (PMA)

La sottoscritta \_\_\_\_\_, nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

<input type="checkbox"/> 1° triage (fase luteale ciclo precedente) Check medico _____	<input type="checkbox"/> 2° triage (inizio gonadotropine / inizio progesterone) Check medico _____
---	--

Dichiara sotto la propria responsabilità che nei 14 giorni precedenti ad oggi \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ha/non ha avuto:

<b>Contatto stretto caso COVID -19</b> ( * vd. definizioni)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>Presenza di sintomi compatibili con COVID-19</b> (** vd. definizioni)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Non noto
<b>Tampone PCR in fase pre-trattamento</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se effettuato, indicare <b>esito tampone</b>	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> Non noto
<b>E' stata sottoposta a vaccino Anti – Covid 19?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>Se si, la somministrazione della dose è avvenuta in data</b>	___/___/___		

Si prega di rinviare per mail (esami@nove.baby) il foglio debitamente compilato e sottoscritto. In caso di risposta positiva ("SI") anche solo ad una delle domande precedenti, contattare il medico con cui ha l'appuntamento prima di recarsi all'interno della struttura. Grazie per la collaborazione

<p><b>* Criteri per definizione di "contatto stretto" di caso COVID-19</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hanno avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (es. stretta di mano);</li> <li>• hanno avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);</li> <li>• hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;</li> <li>• si sono trovati in un ambiente chiuso (es. soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza &lt; 1 metro</li> </ul>	
<p><b>** Sintomi e segni compatibili con la diagnosi di COVID-19</b></p> <p><i>(Segni e sintomi possono essere anche di lieve intensità, presenti singolarmente o variamente associati tra loro)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• febbre</li> <li>• tosse</li> <li>• astenia</li> <li>• dolori muscolari diffusi</li> <li>• mal di testa</li> <li>• raffreddore (naso chiuso e/o scolo dal naso)</li> <li>• difficoltà respiratoria (respiro corto, fame d'aria)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mal di gola</li> <li>• congiuntivite</li> <li>• diarrea</li> <li>• vomito</li> <li>• aritmie (tachi- o bradi- aritmie), episodi sincopali disturbi nella percezione di odori e gusti (anosmia, a-disgeusia)</li> </ul>

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 REG. UE 679/2016 PER RACCOLTA DATI IN EMERGENZA COVID-19. Le informazioni richieste risultano necessarie al fine di potere ottemperare ai doveri di prevenzione, sicurezza e tutela della salute sul territorio nazionale e, per questo, anche in un'ottica di reciproca collaborazione le chiediamo di rispondere a quanto necessario. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo di prevenzione cui il centro Tecnobios Procreazione srl, in qualità di titolare del trattamento, è soggetto. Nel dettaglio, i suoi dati sanitari verranno trattati per motivi di interesse pubblico al fine di protezione da gravi minacce per la salute sul territorio nazionale e per assolvere gli obblighi in materia di sicurezza e protezione sociale. Il trattamento dei dati potrà avvenire con modalità informatica, telematica e cartacea, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dall'Art. 32 del Reg. 2016/679. I dati raccolti non saranno divulgati ma potranno essere comunicati a terzi (quali ad esempio pubblica autorità, sanità pubblica o protezione civile) per adempiere a quanto prescritto dai decreti ministeriali in relazione all'emergenza. I dati saranno conservati per il tempo necessario a gestire l'emergenza e verranno successivamente distrutti.