

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 _____	<input type="checkbox"/> 3° triage (triggering/progesterone) Check medico _____
---	--	---

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

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

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>* Criteri per definizione di "contatto stretto" di caso COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hanno avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (es. stretta di mano); • 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); • 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; • 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 < 1 metro 	
<p>** Sintomi e segni compatibili con la diagnosi di COVID-19</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"> • febbre • tosse • astenia • dolori muscolari diffusi • mal di testa • raffreddore (naso chiuso e/o scolo dal naso) • difficoltà respiratoria (respiro corto, fame d'aria) 	<ul style="list-style-type: none"> • mal di gola • congiuntivite • diarrea • vomito • aritmie (tachi- o bradi- aritmie), episodi sincopali disturbi nella percezione di odori e gusti (anosmia, a-disgeusia)

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 di Medicina di Treviso S.r.l., 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.

Noi sottoscritti

sig.ra _____ e sig. _____

Siamo consapevoli che, 48-72 ore prima del ricovero presso il Centro di Medicina di Treviso, la partner femminile dovrà sottoporsi a tampone oro faringeo e successivo isolamento fiduciario.

Nel caso in cui il tampone risulti positivo, in assenza di sintomi, si procederà al prelievo degli ovociti, alla crioconservazione degli embrioni ed al differimento del transfer.

Data _____

Signora Firma _____

Signor Firma _____