

**Modulo richiesta esame ricerca Parassitologica nelle feci e Chimico Fisico delle feci**

ANAGRAFICA DEL PAZIENTE:	
COGNOME E NOME	DATA PRELIEVO:
CODICE FISCALE:	DATA DI NASCITA:
INDIRIZZO:	SESSO:
TELEFONO:	PESO:

ESAME RICHIESTO (SECONDO PRESCRIZIONE MEDICA):	CODICE ESAME
<input type="checkbox"/> Ricerca di parassiti fecali (esame parassitologico standard) → quantità di feci pari a una noce	EPF
<input type="checkbox"/> Ricerca mirata di Strongyloides stercoralis → quantità di feci pari ad un mandarino	STRONG
<input type="checkbox"/> Ricerca Ossiuri → <u>si consiglia scotch test su tre campioni. La ricerca sulle feci ha scarsa sensibilità</u>	SCO

NOTIZIE CLINICHE:	
Controllo per:	
<input type="checkbox"/> Soggetto immunocompetente	<input type="checkbox"/> Soggetto immunodepresso
Terapia in corso o recente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Quale: _____
Viaggi/Soggiorni all'estero:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se SI, dove: _____ Quando: _____
Precedenti parassitosi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Quale: _____
Febbre: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tosse: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dolori addominali: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Eosinofilia periferica: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Vomito: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Prurito anale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Prurito cutaneo: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Diarrea: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

ABITUDINI DEL PAZIENTE:	
Contatto con animali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Abita / Ha abitato in ambiente rurale:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Svolge / Ha svolto lavoro agricolo:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Consumo di carne cruda:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Consumo di pesce crudo:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**Per la veridicità dei dati**

Firma del paziente: \_\_\_\_\_

**Integrazione all'informativa sul trattamento dati ai sensi dell'art. 13 GDPR**

Il Titolare di Trattamento Bionalisi SpA, richiamando l'informativa che le è stata consegnata e i consensi al trattamento dati che ha voluto esprimere, le ricorda che può ottenere nuovamente copia dell'informativa, variare i consensi facoltativi ed esercitare i suoi diritti in ogni momento contattando liberamente il Titolare stesso.

Ai fini specifici della prestazione oggetto del presente modulo comuniciamo che il numero di telefono e l'eventuale indirizzo email da lei indicati possono essere utilizzati, con il suo consenso, per contattarla successivamente per comunicazioni inerenti la prestazione da lei usfruita o l'utilizzo dei relativi risultati per finalità di ricerca.

**Consenso**

Avendo compreso l'informativa, io sottoscritto identificato come "paziente", ai sensi degli articoli 6 e 7 GDPR,

**acconsento**  **non acconsento**

all'utilizzo del numero di telefono da me forniti per contatti successivi relativi alla prestazione o all'utilizzo dei risultati.

Firma del paziente: \_\_\_\_\_