

## ANEXO I

## DECLARACIÓN DE DATOS SOBRE ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS RELACIONADO CON LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS PARA COVID-19

<b>Nombre de la empresa</b>			
<b>Actividad de la empresa</b>			
<b>CIF</b>			
<b>Datos de contacto (teléfono/email)</b>			
<b>Domicilio, Municipio, CP y provincia de instalaciones</b>			
<b>Tipos de productos</b>	<b>Marcas comerciales/ Fabricante/Importador</b>	<b>Nº de existencias (en unidades) (*)</b>	<b>Consumo Semanal (en unidades)</b>
<b>Hisopos para toma de muestra</b>			
<b>Test diagnóstico PCR</b>			
<b>Pruebas moleculares (TMA)</b>			
<b>Test rápido detección antígenos</b>			
<b>Test anticuerpos ELISA</b>			
<b>Test rápido diagnóstico anticuerpos IgG/IgM</b>			
<b>Test rápido diagnóstico anticuerpos totales</b>			
<b>Otros test (especificar)</b>			
<b>Fecha de datos a los que se refiere la comunicación</b>			

(\*) En la comunicación inicial, indique el nº de unidades adquiridas que tenga en stock, disponibles por cada tipo de producto, con independencia de la marca comercial. Esta tabla se actualizará cada miércoles antes de las 14:00 en caso de haber variación en los datos. [tramitacionpruebasovid19.scs@gobiernodecanarias.org](mailto:tramitacionpruebasovid19.scs@gobiernodecanarias.org)

**ANEXO II****SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COVID-19**

<b>Identificación de la entidad</b> (nombre, razón social, CIF).
<b>Procedimiento diagnóstico</b> (especificar criterios de indicación de la prueba y procedimiento diagnóstico a seguir en función de los resultados de la prueba según protocolo vigente).
<b>Identificación de profesionales</b> (especificar nombre, NIF, nº de colegiado y titulación de los profesionales que vayan a prescribir, realizar e interpretar las pruebas. Si se ha concertado un centro o servicio sanitario hay que identificarlo).
<b>Datos de la prueba</b> (al Anexo I de esta Orden se debe adjuntar la ficha técnica del producto y certificado de marcado CE).
<b>Datos del laboratorio</b> (identificación del laboratorio para la técnica PCR, certificado de calidad y nº de registro).
<b>Compromiso de notificación de los resultados</b>
....., como representante legal de....., declaro mi compromiso para notificar diariamente los resultados de las pruebas realizadas de acuerdo con el procedimiento establecido por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud.
Fecha y firma

[tramitacionpruebasacovid19.scs@gobiernodecanarias.org](mailto:tramitacionpruebasacovid19.scs@gobiernodecanarias.org)

Información básica sobre protección de datos personales.

Tratamiento: Sistema de Información de sanidad ambiental y seguridad alimentaria, de publicidad y de propaganda comercial, sanciones y de registros de ordenación de Salud Pública y atención a las drogodependencias.

Responsable del tratamiento: Dirección General de Salud Públicas.

Finalidad del tratamiento: La llevanza de registros para la ordenación de entidades, establecimientos, productos, personal y actividades con repercusión en la salud pública y atención a las drogodependencias.

Derechos de personas interesadas: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos tal como se explica en la información adicional. Información adicional: <http://www.gobiernodecanarias.org/cpj/dgmsc/temas/proteccion/tratamientos/cs/scs/>.

**ANEXO III**  
**ESTRUCTURA DE DATOS PARA ENVÍO DE RESULTADOS DE PRUEBAS**  
**DIAGNOSTICAS DE COVID19**

<b>NOMBRE</b>	<b>LONGITUD CARÁCTER</b>	<b>CAMPO OBLIGATORIO</b>	<b>DESCRIPCIÓN FORMATO OBLIGATORIO</b>
<b>Nombre</b>	15	SÍ	
<b>Apellido1</b>	15	SÍ	
<b>Apellido2</b>	15	No	
<b>DNI</b>	9	No	
<b>Fecha de nacimiento</b>	17	SÍ	ddmmaaaa HH:mm:ss
<b>Sexo</b>	1	SÍ	V – Masculino M – Femenino I – Indeterminado D – Desconocido
<b>CIP</b>	16	No	
<b>Fecha de toma muestra</b>	17	SÍ	
<b>Tipo de prueba</b>	1	SÍ	Valores: 1 – PCR 2 – Test rápido Anticuerpos totales 3 – Test rápido Anticuerpos IgM 4 – Test rápido Anticuerpos IgG 5 – Suero Anticuerpos IgM (ELISA o similar) 6 – Suero Anticuerpos IgG (ELISA o similar) 7 – Suero Anticuerpos totales 8 – Detección de Antígeno 9 – TMA
<b>Fecha de resultado</b>	17	SÍ	ddmmaaaa HH:mm:ss
<b>Resultado</b>	1	SÍ	Valores: 0- Negativo 1- Positivo 2- No concluyente o indeterminado 3- Otras incidencias
<b>Declarante</b>	14	SÍ	Número de Autorización de la DGSP según Orden
<b>Origen de la muestra</b>	14	S	Número de Autorización de la DGSP según Orden, CIF o N° de colegiado del médico prescriptor