

**AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE
RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALL'ACCESSO/ESECUZIONE PRESTAZIONI SANITARIE**

Nome e Cognome _____

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?

SINTOMI MAGGIORI

- Febbre >37,5° SI NO
• Tosse SI NO

SINTOMI MINORI

- Stanchezza SI NO
• Mal di gola SI NO
• Mal di testa SI NO
• Dolori muscolari SI NO
• Congestione nasale • Nausea SI NO
• Vomito SI NO
• Perdita di olfatto e gusto SI NO
• Congiuntivite SI NO
• Diarrea SI NO

LINK EPIDEMIOLOGICO

- Esposizione** a casi accertati covid 19 (tampone positivo) SI NO
Esposizione a casi sospetti SI NO
Contatti con familiari di casi sospetti SI NO
Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI NO
contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI NO
frequentazione ambienti sanitari con casi accertati/sospetti SI NO

- Lavora? SI NO
Se si come smart working a contatto con altri soggetti
 con impiego dispositivi di protezione
 senza impiego dispositivi di protezione

In quale luogo _____ (tipologia es: ufficio, esercizio pubblico, trasporti altro)

- Ha effettuato viaggi negli ultimi 40 giorni? SI NO
Se si dove in provincia in regione in Italia estero

Altre notizie che ritiene utile evidenziare al medico in merito ad elementi connessi al suo potenziale rischio di esposizione al covid-19

il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sanitaria ed all'esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti medici ai quali mi dovrò sottoporre

autorizzo **il dott. Arturo Amoroso** al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

DATA

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore

.....

.....