

SCHEDA DI ACCESSO RISCHIO SARS-CoV-2

da compilarsi a cura del paziente

Visita Specialistica PRE-Ricovero Ricovero Controllo Post-Operatorio _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e Data di nascita _____ Recapito telefonico _____

Dati Compilatore se diverso dal paziente _____

SINTOMI MAGGIORI

• Febbre >37,5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Tosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Difficoltà respiratorie	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

SINTOMI MINORI

• Stanchezza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Mal di gola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Mal di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Dolori muscolari	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Congestione nasale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Link epidemiologico degli ultimi 30 giorni

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti) SI NO

ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI SI NO

CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI SI NO

FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI SI NO

PROVENIENZA DA LUOGHI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI (es. zona rossa) SI NO

Data di insorgenza dei sintomi: ____/____/____

a. PAZIENTE SINTOMATICO CON SINTOMI DI ALLARME → Allertare il 118

b. IN ASSENZA DI SINTOMI E LINK EPIDEMIOLOGICO → Al paziente viene fissato l'appuntamento in Struttura per ricevere la prestazione richiesta.

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il PAZIENTE, per come sopra identificato, consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:**

- ✓ di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna e di averle rispettate al fine di escludere possibili contagi;
- ✓ di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- ✓ che ad oggi non sono intervenuti variazioni di sintomi e di esposizione rispetto a quanto dichiarato in precedenza.

OPPURE: _____

data ____/____/____ ora _____ Firma del Paziente dichiarante _____

NOTE DI CONFERMA A CURA DEL PERSONALE DELLA STRUTTURA

Compilatore _____ data ____/____/____ ora _____ firma _____

La presente Autodichiarazione dovrà essere conservata nella cartella clinica del paziente