

# REFACE Dr Sisti Cinzia

Studio Medicina e Chirurgia Estetica

## AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA DI VALUTAZIONE

INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2

PRELIMINARE ALL'ACCESSO/ESECUZIONE PRESTAZIONI SANITARIE

NOME

COGNOME

### DATI ANAMNESTICI

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 SI  NO
- 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** (tamponi 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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_