

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 _____