



Data: \_\_\_\_\_ Rilevata temperatura: regolare      SI O No O

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Al momento è affetto o sospetta di essere affetto da Covid 19 ?      SI O No O

E' stato affetto da Covid 19 ?      SI O No O

E' stato dichiarato guarito clinicamente ?      SI O No O

E' stato dichiarato guarito con tampone ?      SI O No O

Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID 19 positivi nelle ultime tre settimane ?  
SI O No O

Ha o ha avuto qualcuno di questi sintomi nelle ultime tre settimane ?

Febbre      SI O No O      Tosse      SI O No O

Difficoltà respiratoria ?      SI O No O      Congiuntivite ?      SI O No O

Diarrea ?      SI O No O      Raffreddore ?      SI O No O

Mal di gola ?      SI O No O      Alterazione del gusto ?      SI O No O

Alterazione dell'olfatto ?      SI O No O      Spossatezza ?      SI O No O

Cefalea ?      SI O No O      Eruzione cutanee ?      SI O No O

Dolori muscolari diffusi ?      SI O No O

Ha avuto contatti con pazienti in quarantena , sia autoimposta sia stabilita

dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane ?      SI O No O

Ha avuto contatti stretti con pazienti Covid in ambito professionale ?      SI O No O

Firma: \_\_\_\_\_

(Genitore in caso di minore)

Gentile Paziente,

questa informazione è relativa alle cautele necessarie per ridurre al minimo il rischio di contrarre la Covid-19 (malattia da nuovo Coronavirus). A questo fine Le sarà richiesto di attenersi alle specifiche indicazioni che Le saranno fornite dal personale dello studio circa i nuovi percorsi e procedure messe in atto per minimizzare il rischio di contagio. Le saranno inoltre richieste delle informazioni aggiuntive rispetto alle normali domande riguardanti il Suo stato di salute. Tali informazioni sono tutte raccolte per individuare il migliore percorso di cure per il Suo caso specifico. Tutti i Suoi dati personali saranno trattati nel rispetto delle norme sulla tutela della riservatezza (D.Lgs. 196/2003 e GDPR 679/2016)

Le procedure di disinfezione e sterilizzazione dei locali e della strumentazione, l'utilizzazione di sistemi di protezione individuale da parte degli operatori sanitari operanti nella struttura, nonché la sorveglianza sanitaria dei medesimi operatori (personale medico, assistenti) vengono costantemente adeguati alle raccomandazioni rilasciate dal Ministero della Salute. Il personale afferente a questa struttura si mantiene costantemente aggiornato sull'andamento della pandemia COVID-19 e sulle più efficaci misure per il contenimento del rischio di contagio.

Questa informativa non sostituisce nè modifica l'informativa resa a fini di consenso per le cure mediche, ma si riferisce soltanto al rischio di contrarre, tramite micro-goccioline salivari, il virus responsabile della Covid-19

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
confermo di aver adeguatamente ed attentamente risposto ai questionari che mi sono stati sottoposti, di volermi attenere alle indicazioni ricevute per l'accesso alle sale operative, impegnandomi a comunicare all'operatore ogni variazione del mio stato di salute, e dichiaro di aver compreso l'informativa sopra riportata.

Data \_\_\_\_\_

Firma

---

(Genitore in caso di minore)