

SCHEDA PRE-TRIAGE COVID-19

COGNOME _____ **NOME** _____

DATA DI NASCITA _____ **SESSO** M F

Consapevole delle responsabilità penali degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n.445 del 28/12/2000

RIFERISCE E DICHIARA

FEBBRE SUPERIORE A 37,4 °C	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TOSSE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RECENTE DIFFICOLTA' RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RINITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
FARINGODINIA (ES. MAL DI GOLA)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MIALGIE/ASTENIA (ES. DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
NAUSEA/VOMITO/DIARREA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DISOSMIA (ES. ALTERAZIONE OLFATTO)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DISGEUSIA (ES. ALTERAZIONE GUSTO)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
É ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO OBBLIGATORIO O FIDUCIARIO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

E

(barrare la casella le cui condizioni ricorrano negli ultimi 14 giorni)

<input type="checkbox"/>	É un operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza diretta di un caso sospetto o confermato di COVID-19, oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei dispositivi di protezione individuale (DPI) raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.
<input type="checkbox"/>	É stato a stretto contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); è stato a contatto diretto (faccia a faccia) con un caso sospetto o confermato di COVID-19 a distanza < di 1,5 mt e per un tempo > di 15 minuti.
<input type="checkbox"/>	Ha avuto contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (ad es. stretta di mano)
<input type="checkbox"/>	É stato in ambiente chiuso (ad es. aula, sala riunioni, sala d'attesa) con un caso COVID-19 a distanza < di 1,5 mt e per un tempo > di 15 minuti.
<input type="checkbox"/>	Vive nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19.
<input type="checkbox"/>	Ha viaggiato seduto in aereo/treno/nave nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione di un caso COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo/treno/nave dove il caso COVID-19 era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave o abbia effettuato spostamenti nell'aereo/treno/nave, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione o in tutto l'aereo/treno/nave.
<input type="checkbox"/>	Ha frequentato o lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da COVID-19.

I dati sopra riportati sono raccolti e trattati da personale autorizzato dai Contitolari (Studio Odontoiatrico Policastro) per finalità di interesse pubblico di protezione dell'emergenza sanitaria COVID-19 e obblighi di legge, e saranno conservati per il tempo necessario a perseguire tali finalità. I dati di contatto per esercitare i suoi diritti in tema di protezione dei dati sono disponibili sul sito www.studioodontoiatricopolicastro.it

DATA E FIRMA PAZIENTE