

Per la sicurezza propria, dei pazienti e degli operatori vi chiediamo di leggere e rispondere puntualmente alle seguenti domande **PRIMA DI ACCEDERE AI REPARTI/RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE OSPEDALIERA.**

NOME _____ **COGNOME** _____

NATO IL _____ **NOME DEL PARENTE RICOVERATO** _____

Negli ultimi 30 giorni ha avuto?			
1	Febbre (>37.5°)?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
2	Tosse?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
3	Mal di gola?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
4	Difficoltà di respiro?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
5	Congiuntivite?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
6	Mancanza del senso del gusto e/o olfatto?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
6	Diarrea?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Negli ultimi 14 giorni			
7	Ha avuto contatti con persone che erano malati di COVID 19	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
8	Ha avuto contatti con persone che al momento del contatto con Lei presentavano sintomi influenzali (febbre, tosse, difficoltà di respiro)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
9	E' stato, Lei o persone con le quali convive, in paesi esteri (ad es. Croazia, Grecia, Malta, Spagna ecc..) e/o regioni d'Italia soggette a controlli e restrizioni quali effettuazione di tampone e/o isolamento fiduciario	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Se SI, indicare DATA, LUOGO ed esito di eventuali tamponi effettuati			
.....			
.....			
.....			

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute Sua e delle persone che Le stanno vicino, l'accesso in reparto non potrà essere consentito e Lei dovrà contattare il Suo Medico Curante.

Autorizzo il trattamento dei dati raccolti, ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati, GDPR approvato con Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo 27 aprile 2016.

Data _____

Firma del paziente _____

TEMPERATURA CORPOREA RILEVATA _____

Conferma dell'accesso visitatore se tutti NO

Rinvio dell'accesso visitatore con almeno un SI

Firma operatore portineria _____

Consegnare la scheda al personale del reparto

Orario di inizio visita _____ **Orario di fine visita** _____

Firma operatore reparto _____