

Per la sicurezza propria, dei pazienti e degli operatori vi chiediamo di **leggere e rispondere puntualmente alle seguenti domande PRIMA DI ENTRARE IN STRUTTURA PER EFFETTUARE UNA PRESTAZIONE AMBULATORIALE.**

NOME _____ **COGNOME** _____
NATO IL _____ **PROCEDURA/ESAME DA ESEGUIRE** _____

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 contatto 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, la prestazione non potrà essere eseguita 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'esame se tutti NO
- Rinvio dell'esame con almeno un SI (eccetto il punto 7, RAO A o RAO B)
- Conferma dell'esame in presenza di SI con prestazione RAO A o B per valutazione rischi/benefici effettuata dalla Direzione Sanitaria o professionista delegato.

Motivazione _____

Firma _____

La Direzione Sanitaria

Consegnare la scheda al personale dell'ambulatorio/servizio