SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DECRETO n. 144 del 13/7/2020 PER RISCHIO COVID -19 DA COMPILARE E RESTITUIRE AL PERSONALE DEL SERVIZIO A CUI SI ACCEDE

- ☐ PRESTAZIONE AMBULATORIALE
- ☐ PRESTAZIONE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- ☐ RICOVERO
- ☐ ACCOMPAGNATORE/VISITATORE

DATI PAZIENTE

Cognome:_____Nome:_____

Data di Nascita:_____tel/Cell._____

Residenza/Domiclio:_____

- Ha uno dei seguenti sintomi:

-tosse: ❑ SI ❑ NO - dolori muscolari: ❑ SI ❑ NO -perdita olfatto e/o gusto: ❑ SI ❑ NO

- difficoltà respiratoria: ❑ SI ❑ NO - raffreddore: ❑ SI ❑ NO - mal di gola: ❑ SI ❑ NO

- Negli ultimi 14 giorni, ha avuto un contatto stretto con un caso confermato o sospetto di infezione COVID 19:

❑ SI' ❑ NO

- E' sottoposto a regime di isolamento fiduciario:

❑ SI' ❑ NO

- E' rientrato da meno di 14 gg da Paesi Extra UE e/o extra Shengen per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 gg dopo l'arrivo in Italia (art. 6 comma 2 DPC 11/06/2020):

❑ SI' ❑ NO

SE HA CONTRASSEGNATO SI' AD UNO DEI PRECEDENTI QUESITI NON POTRA' ACCEDERE ALLA STRUTTURA E A NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA. LA INVITIAMO A RECARSI A DOMICILIO E A CONTATTARE IL SUO MEDICO DI MEDICINA GENERALE.

Data ***Firma del paziente***