

Triage - Questionario informativo per la prevenzione dell'infezione da Coronavirus Da compilare da parte del paziente in Visita Medico Sportiva

NOME E COGNOME PAZIENTE: _____

Se il paziente è un minorenne, è richiesto anche il consenso da parte di chi ne esercita la responsabilità genitoriale.

Nome e cognome:	Luogo di nascita:
Data di nascita:	Codice Fiscale:
Data:	Firma Genitore:

Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID 19?	SI	NO
E' stato, che lei sappia, affetto da COVID 19?	SI	NO
Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone risultato negativo?	SI	NO
Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID 19 positivi nelle ultime tre settimane?	SI	NO
Ha o ha avuto presente qualcuno di questi sintomi negli ultimi 14 giorni?:	SI	NO
Febbre	SI	NO
Tosse	SI	NO
Difficoltà respiratoria	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO
Raffreddore	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Alterazione del gusto	SI	NO
Alterazione dell'olfatto	SI	NO
Spossatezza	SI	NO
Cefalea	SI	NO
Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti)	SI	NO
Dolori muscolari diffusi	SI	NO
Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID 19 in ambito professionale?	SI	NO

Introduzione

Gentile Paziente,

Il presente documento, di proprietà dell'attività, non può essere distribuito a terzi, a norma di Legge, senza consenso scritto della Direzione.

Autorizzazione N. 12877 del 30/07/2021 rilasciata dal comune di

Pagina 1

Carbonera (Legge Regionale n. 22 del 16/08/2002)

Direttore Sanitario Dr. Giorgio Patron

Rev. 00 del 24/10/2021

Realizzata in collaborazione con Sphera Sistemi & Soluzioni - Proprietà di Sphera - Ogni abuso sarà punito a norma di Legge

chiediamo la Sua collaborazione pregandoLa di non entrare nella struttura senza appuntamento, ma di contattarci sempre prima telefonicamente al numero telefonico della struttura sanitaria.

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 della struttura circa i nuovi percorsi e procedure messe in atto per minimizzare il rischio di contagio.

Potrebbero esserLe richieste delle informazioni aggiuntive rispetto alle normali domande riguardanti il Suo stato di salute, sempre al fine di ridurre al minimo il rischio di contagio.

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 generali sulla tutela della riservatezza (D. Lgs. 196/2003 e successive modificazioni - GDPR UE).

Consenso

Il sottoscritto, confermando di aver adeguatamente ed attentamente risposto ai questionari che mi sono stati sottoposti, dichiara di volersi attenere alle indicazioni ricevute per l'accesso agli ambulatori impegnandosi a comunicare al medico ogni variazione del proprio stato di salute, dichiarando altresì di aver compreso l'informativa sopra riportata in merito al rischio di contagio da Covid 19.

Per accettazione generale del documento

Data: / / 2022

Firma Paziente

Il presente documento, di proprietà dell'attività, non può essere distribuito a terzi, a norma di Legge, senza consenso scritto della Direzione.

Autorizzazione N. 12877 del 30/07/2021 rilasciata dal comune di
Carbonera (Legge Regionale n. 22 del 16/08/2002)
Direttore Sanitario Dr. Giorgio Patron

Pagina 2

Rev. 00 del 24/10/2021

Realizzata in collaborazione con Sphera Sistemi & Soluzioni - Proprietà di Sphera – Ogni abuso sarà punito a norma di Legge