

SCHEDA PRE-TRIAGE - QUESTIONARIO

Cognome _____ Nome _____

Data Nascita _____ Sesso M F

TELEFONO _____ posta elettronica _____

Consapevole delle responsabilità penali e 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"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
TOSSE	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
RECENTE DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA (DISPNEA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

RINITE	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
FARINGODINIA (es. MAL DI GOLA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
MIALGIE/ASTENIA (es. DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
NAUSEA/VOMITO/DIARREA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
DISOSMIA (es. ALTERAZIONE OLFATTO)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
DISGEUSIA (es. ALTERAZIONE GUSTO)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

È attualmente in isolamento obbligatorio o fiduciario?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

E

(barrare le caselle le cui condizioni ricorrano negli ultimi 14 giorni)

- È 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.
- È stato a stretto contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio 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 minore di 1,5 metri e di durata maggiore di 15 minuti.
- Ha avuto contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio stretta di mano)
- È stato in ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1,5 metri.
- Vive nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19.
- Ha viaggiato seduto in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave o abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).
- Ha frequentato o ha 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 (C.D.C S.p.A. e C.D.C. Centro Polispecialistico Privato S.r.l.) per finalità di interesse pubblico di protezione dall'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.gruppocdc.it

Data..... Ora.....

Firma