



Egr.Sig./Gent.Sig.ra,

nelle procedure atte a rendere più sicure le prestazioni sanitarie nel periodo di epidemia, Le chiediamo, prima di accedere alla nostra struttura di rispondere ad alcune domande sul suo stato di salute negli ultimi giorni. Grazie.

Se viene con un accompagnatore **autorizzato** (per minori, disabili, utenti fragili non autosufficienti, persone con difficoltà linguistico-culturali) quest'ultimo deve compilare e firmare il presente modulo.

Anche se è un visitatore autorizzato deve compilare il presente modulo.

Cognome e Nome (cliente/accompagnatore/visitatore) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ in data ____ / ____ / ____

SINTOMI presenti NEI 14 GIORNI PRECEDENTI:		
FEBBRE ≥ 37,5°C	SI ★	NO
TOSSE AD INSORGENZA IMPROVVISA	SI ★	NO
MAL DI GOLA	SI	NO
MAL DI TESTA	SI	NO
DIFFICOLTA' RESPIRATORIA AD INSORGENZA IMPROVVISA	SI ★	NO
DOLORI O AFFATICAMENTO MUSCOLARE	SI	NO
ALTERAZIONE DEL GUSTO e/o DELL' ODORATO	SI	NO
DIARREA/NAUSEA/VOMITO	SI	NO
SINTOMI DA RAFFREDDORE	SI ★	NO
CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO 14 GIORNI PRIMA DELLA COMPARSA DEI SINTOMI:		
IN CORSO QUARANTENA/ISOLAMENTO	SI ★	NO
ESPOSIZIONE A CASI CONFERMATI (vivi o deceduti)	SI ★	NO
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI	SI	NO
SINTOMI SPECIFICI IN ALTRI COMPONENTI DELLA SUA FAMIGLIA	SI	NO
OCCUPAZIONE AD ALTO RISCHIO (Personale Sanitario, Tecnici di Laboratorio, altro)	SI	NO
CONTATTO NON PROTETTO CON PERSONA POSITIVA AL COVID-19	SI	NO
RIENTRO DA ZONE O PAESI PER I QUALI E' PREVISTO/SUGGERITO L'ESECUZIONE DEL TAMPONE NASO-FARINGEO	SI	NO

Se ha risposto sì anche a una sola domanda contrassegnata con ★,
NON entri in ospedale, ma si rivolga al personale all'ingresso.

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, la veridicità di quanto dichiarato.

Data, ____ / ____ / ____

_____ Firma del cliente/accompagnatore/visitatore

NOTE:

CERTIFICAZIONE VERDE (GREEN PASS)

VALIDO

NON NECESSARIO

ACCOMPAGNATORE/VISITATORE DI _____

Data, ____ / ____ / ____

verificato da

_____ Sigla/Firma del professionista sanitario