

Scheda di autovalutazione rischio COVID-19

Accesso Visitatori

Spazio riservato operatore

Green Pass Tampone

Luogo: PTV/Rev2/settembre 2021

Data / / Ora _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita / /

Luogo di nascita _____ residenza _____ n° _____ Comune _____

Numero di conviventi _____ tel./Cell. _____

E' vaccinato contro il Covid 19? SI NO Ha eseguito un tampone naso faringeo nelle ultime 48 ore? SI NO

DICHIARA:

1. Attualmente ha almeno una tra i seguenti sintomi generali:

Febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____
Malessere/spossatezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____

2. Almeno una tra i seguenti sintomi respiratori:

Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____
Flato Corto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____

3. Dati epidemiologici (almeno uno)

E' stato negli ultimi 15 gg in Pesi o località a rischio?

SI NO NON NOTO

Se si specificare luogo data di partenza _____

Ha avuto contatti con soggetti affetti da COVID-19?

SI NO NON NOTO

Ha avuto contatti con persone provenienti da Paesi/Località a rischio?

SI NO NON NOTO

Dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero, di aver ricevuto e ben compreso tutte le informazioni sul corretto utilizzo della mascherina e di doverla mantenere fino al termine della mia permanenza presso l'ospedale. Nel rispetto delle indicazioni contenute nel DPCM del 4 marzo 2020 dichiara, infine, di aver correttamente fornito al personale sanitario ambulatoriale tutte le informazioni da quest'ultimo richieste e di impegnarmi a collaborare secondo le indicazioni date dalla Direzione sanitaria, al fine di preservare la salute degli altri pazienti trattati.

Roma _____

FIRMA DEL VISITATORE _____

(conservare per 15 gg successivi alla visita)