



Direzione Medica Ospedaliera

**LINEE GUIDA PER L'ACCESSO DEI
PAZIENTI ALLE PRESTAZIONI
AMBULATORIALI NELLE AREE
COVID free**

M01.PO.01.DMO
REV. 02
Del 13/10/2021
Pagina 1 di 1

Allegato 1
Dichiarazione del Paziente all'ingresso delle aree ambulatoriali

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____

Residente a _____ Via _____

SOD/Reparto _____ Tel. _____

Al sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 2000, consapevole delle conseguenze penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera

DICHIARA

Di aver avuto contatti con persone affette da COVID-19 negli ultimi 14 giorni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Di essere in isolamento domiciliare / quarantena	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Di presentare o aver presentato negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi:		
• Febbre/febbricola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Tosse e/o difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Malessere, astenia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Cefalea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Sangue da naso/bocca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Vomito e/o diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Inappetenza/anoressia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Confusione/vertigini	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Disturbi dell'olfatto e/o del gusto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Di impegnarsi ad adottare in maniera rigorosa le prescrizioni di sicurezza previste dai regolamenti aziendali per prevenire il rischio di diffusione di SARS Cov 2	<input type="checkbox"/> SI	

DATA _____ ORA _____

Firma del Dichiaraente

A cura dell'Operatore Sanitario

È stato eseguito il test antigenico salivare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, il test ha dato esito	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> NEG
Firma dell'Operatore Sanitario		

Lo Specialista in base alle informazioni inserite valuta il rapporto rischio beneficio al fine di decidere la possibilità di un eventuale posticipo della prestazione.

N.B: Conservazione modulo:

- in regime ambulatoriale: Archiviazione ad opera del Coordinatore e conservazione fino a un anno della compilazione;