



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/Réparto \_\_\_\_\_ 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	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Di essere in isolamento domiciliare / quarantena	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Di presentare o aver presentato negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi:		
• Febbre/febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Tosse e/o difficoltà respiratorie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Malessere, astenia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Sangue da naso/bocca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Vomito e/o diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Inappetenza/anoressia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Confusione/vertigini	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Disturbi dell'olfatto e/o del gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
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	SI <input type="checkbox"/>	

DATA \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

A cura dell'Operatore Sanitario

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