

Gentile Assistito/Tutore, in occasione dell'accesso alla struttura, La invito a compilare il seguente questionario rispondendo alle domande elencate. Le Sue risposte ci saranno molto utili per verificare la presenza di alcuni sintomi attuali o recenti e per prevenire il rischio di contagio da Covid-19

Grazie per la collaborazione. *Il Direttore Tecnico*

Informativa Telefonica preliminare: Gentile paziente, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, il Titolare del Trattamento dello SPOKE di CLINICA VILLA DEL SOLE

. desidera informarla che i dati che le saranno richiesti, eccedenti rispetto ad un normale trattamento di natura diagnostica laboratoristica, rientrano nella necessità di gestione dell'emergenza pandemica COVID-19.

Tali dati sono trattati con lo scopo di garantire contestualmente la sua salute e quella di tutti i pazienti ed operatori del centro.

Il trattamento di tali dati è legittimo, in quanto basato sulla sua spontanea fornitura di tali informazioni ed è giuridicamente basato sull'implementazione dei protocolli di sicurezza anticontagio ai sensi del DPCM del 11/032020.

Le comunichiamo inoltre che tali dati potranno essere comunicati, sempre nel rispetto delle disposizioni normative vigenti a soggetti terzi quali:

- Suo Medico di Medicina Generale
- Azienda Sanitaria Locale di competenza
- Regione Campania

I menzionati destinatari di tale comunicazione agiranno in qualità di autonomi Titolari del Trattamento

Tali dati non saranno soggetti a diffusione e saranno conservati fino al termine dell'emergenza.

L'informativa in merito a tale trattamento è reperibile, nella sua versione integrale, in laboratorio all'atto del suo accesso.

Desideriamo, in ultimo, informarla che l'accesso in struttura sarà consentito solo se munito di mascherine protettive e di guanti monouso e solo se l'indagine anamnestica non genererà dubbi sul rischio di ingresso di persona potenzialmente infettiva.

Cognome e Nome del paziente: _____

Il questionario viene compilato unicamente a cura del Centro:

(inserire cognome e nome del compilatore)

Si forniscono le informazioni in qualità di (indicare il nominativo se diverso dal paziente):

diretto interessato genitore coniuge tutore altro

La compilazione di tale sezione è condotta telefonicamente, in via preventiva e sarà sottoposta a firma del paziente all'accesso in struttura, corredata di copia del documento di riconoscimento.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____

Residente in _____ cap _____

Alla

Via/Piazza _____ n. _____

ASL _____ Distretto Sanitario _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o certificazione di atti falsi
(art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.)

DICHIARA

1. Di avere o non avere avuto i seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni:

| Sintomo | Si | No |
|-----------------------------------|----|----|
| Rialzo temperatura oltre 37,5 ° C | | |
| Raffreddore/Naso che cola | | |
| Mal di testa | | |
| Tosse/Mal di gola | | |
| Diarrea | | |

| Sintomo | Si | No |
|--------------------------------------|----|----|
| Vomito | | |
| Difficoltà Respiratorie | | |
| Sintomi o sensazioni di malessere | | |
| Anosmia (perdita capacità olfattive) | | |
| Ageusia (perdita gusto) | | |

2. Che i propri conviventi hanno avuto i seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni:

| Sintomo | Si | No |
|-----------------------------------|----|----|
| Rialzo temperatura oltre 37,5 ° C | | |
| Raffreddore/Naso che cola | | |
| Mal di testa | | |
| Tosse/Mal di gola | | |
| Diarrea | | |

| Sintomo | Si | No |
|--------------------------------------|----|----|
| Vomito | | |
| Difficoltà Respiratorie | | |
| Sintomi o sensazioni di malessere | | |
| Anosmia (perdita capacità olfattive) | | |
| Ageusia (perdita gusto) | | |

3. Di aver avuto contatti con persone fisiche, negli ultimi 15 giorni, con sintomatologia febbrile o con tosse o persone fisiche di cui è noto il contagio del Covid_19
- SI ed è stato mantenuto un livello di isolamento per n. _____giorni
- NO

4. Che i propri conviventi hanno avuto contatti con persone fisiche di cui è noto il contagio del Covid_19
- SI ed è stato mantenuto un livello di isolamento per l'interessato ed i conviventi per n. _____giorni
- NO

Medico di medicina generale _____

Data ____/____/____ Firma dell'operatore (per indagine telefonica)

Data ____/____/____ Firma del paziente (all'accesso in struttura)
