

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DELL'ART. 47 – DPR 445/2000

Io sottoscritto/aC.F.,
 nato/a a il
 residente a Via CAP..... Tel.,
 in qualità di PAZIENTE ACCOMPAGNATORE VISITATORE INFORMATORE SCIENTIFICO

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000, dichiara che i dati anagrafici sopra indicati nonché le informazioni fornite di seguito, corrispondono al vero

DATI ANAMNESTICI		
Negli ultimi 21 giorni, ha avuto uno di questi sintomi?		Da quanto tempo?
Febbre > 37,5 °C	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Tosse	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Mal ti testa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Dolori muscolari e/o articolari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Congestione nasale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Perdita di olfatto o di gusto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nausea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Vomito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ha assunto farmaci antinfiammatori/antipiretici nelle ultime 48 ore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DATI EPIDEMIOLOGICI		
Contatto con casi accertati COVID 19 <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Conviventi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Contatto con casi sospetti COVID 19 <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Conviventi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Negli ultimi 21 giorni, ha frequentato ambienti sanitari?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ha effettuato viaggi negli ultimi 40 giorni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Se sì, specificare:		
E' STATO VACCINATO CONTRO IL COVID 19	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> prima dose <input type="checkbox"/> richiamo <input type="checkbox"/> terza dose

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e sottoscritto le informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 216/679 (GDPR).

Cagliari/...../.....

FIRMA DELL'INTERESSATO

RISERVATO ALLA STRUTTURA	
✓ <input type="checkbox"/>	Verifica del rispetto delle misure di prevenzione (igienizzazione delle mani, distanziamento)
✓ <input type="checkbox"/>	Verifica dell'utilizzo di DPI da parte del paziente/utente
✓ <input type="checkbox"/>	Misurazione dei parametri vitali:
Temperatura cutanea SpO2%..... Frequenza cardiaca	
Visto e firma dell'Operatore del Triage	

