

SEGNATURA
ID: 690247 | 28/05/2020 | FMDISTR



Allegato 2. Autocertificazione dell'utente che accede alle strutture sanitarie.

AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ACCESSO ALLE STRUTTURE SANITARIE PER EROGAZIONE DI PRESTAZIONI

Ha avuto una diagnosi di COVID 19? SI NO
Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) SI NO

E' in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha presentato anche solo uno dei seguenti sintomi?

- Febbre/Febricola
- tosse e/o difficoltà respiratorie
- malessere, astenia
- cefalea
- congiuntivite
- sangue da naso/bocca
- vomito e/o diarrea
- inappetenza/anoressia
- confusione/vertigini
- perdita/alterazione dell'olfatto
- perdita di peso
- disturbi del gusto
- T° corporea rilevata all'ingresso _____

Nota: _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Comune di Residenza _____ Via _____

Domicilio attuale (se diverso dalla residenza) _____

Contatto telefonico _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

Data _____ Firma _____

Nota: da inserire nella documentazione clinica del paziente.

