

SCHEDA PRE-TRIAGE

Cognome Nome

Data Nascita Sesso M F

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

Presenta i seguenti sintomi: FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C ALTERAZIONE GUSTO/OLFATTO
 TOSSE/MAL DI GOLA/RAFFREDDORE/DIFFICOLTA' RESPIRATORIA NAUSEA/VOMITO/DIARREA/DOLORE MUSCOLARE

Si trova in una delle seguenti situazioni:
 HA EFFETTUATO UN TAMPONE CON ESITO POSITIVO È ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO/QUARANTENA

SI TROVA IN UNA DELLE SEGUENTI SITUAZIONI

Paziente che è risultato positivo al Covid-19:
 HA EFFETTUATO UN TAMPONE DI CONTROLLO CON ESITO NEGATIVO AL TERMINE DEL PERIODO DI ISOLAMENTO
 SONO TRASCORSI 21 GIORNI DI ISOLAMENTO DI CUI ALMENO 7 GIORNI SENZA SINTOMI

Paziente che ha avuto un contatto stretto con soggetto positivo al Covid-19:
 LEI È UN SOGGETTO NON VACCINATO NON HA COMPLETATO IL CICLO VACCINALE PRIMARIO (PRIME 2 DOSI)
 HA COMPLETATO IL CICLO VACCINALE PRIMARIO (PRIME 2 DOSI) DA MENO DI 14 GIORNI
IL CONTATTO RISALE A PIU' DI 10 GIORNI? SI' NO
 SOGGETTO CHE HA COMPLETATO IL CICLO VACCINALE PRIMARIO (PRIME 2 DOSI) DA PIU' DI 4 MESI ED E'ASINTOMATICO
IL CONTATTO RISALE A PIU' DI 5 GIORNI? SI' NO

Data..... Ora.....

Firma del Paziente..... Firma Addetto al controllo

I dati sopra riportati sono raccolti e trattati da personale autorizzato dai Contitolari (C.D.C S.p.A. e C.D.C. Centro Polispecialistico Privato S.r.l.) per finalità di interesse pubblico di protezione dall'emergenza sanitaria "Covid-19" e obblighi di legge, e saranno conservati per il tempo necessario a perseguire tali finalità. I dati di contatto per esercitare i Suoi diritti in tema di protezione dei dati sono disponibili sul sito www.gruppocdc.it