



Revisione al 27/04/2020

## Scheda di autovalutazione clinica ed epidemiologica per il contenimento del COVID-19

Io sottoscritto Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
in qualità di  
 diretto interessato  
 tutore  genitore  legale rappresentante di Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere presente in struttura per richiesta di prestazione sanitaria come da Ordinanza Regionale n. 70 del 27/04/2020 e precedenti. Sono consapevole dei rischi connessi agli spostamenti e alla permanenza in strutture sanitarie, anche quelle come il Poliambulatorio Medica che si sono adeguate alle procedure di sicurezza per il contenimento del contagio.

### VALUTAZIONE CLINICA

Presento in data odierna e al momento dell'accettazione di almeno uno seguenti sintomi:

- |                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Temperatura corporea maggiore di 37,5°                   |
| <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 | Congiuntivite  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Ho riscontrato senso di perdita del gusto e dell'olfatto |

### VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

- 1) Sono stato recentemente a contatto con qualcuno cui è stato diagnosticato il Covid-19 o che presenta i sintomi del Covid-19.  
 SI  
 NO
- 2) Lavoro presso una struttura sanitaria dove sono stati riconosciuti casi di infezione da Covid-19.  
 SI  
 NO
- 3) Dichiaro che mi è stato diagnosticato il Covid-19 e che sono sottoposto a quarantena.  
 SI  
 NO

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR").

Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali a me riferiti / riferiti a \_\_\_\_\_  
(persona della quale sono  tutore,  genitore,  legale rappresentante) da me indicati e forniti, compresi quelli sensibili, per le finalità di cui all'informativa.

- Acconsento  
 Non acconsento

Firma \_\_\_\_\_