

Scheda Triage / QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DEL RISCHIO

Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>

Al fine di accedere alla struttura sanitaria senza pregiudizi per i pazienti e per il personale operante, **DICHIARO** sotto la mia responsabilità, **nei 14 giorni precedenti l'odierno**, di:

1. Di avere avuto febbre, tosse, disturbi respiratori

SI	NO
----	----
- Se **SI**, di avere contattato il medico curante per accertamenti e diagnosi Covid 19

SI	NO
----	----
2. Di aver viaggiato

SI	NO
----	----
- Se **SI**, specificare: Dove _____, dal _____ al _____
3. Di aver avuto contatti stretti con una persona con infezione respiratoria acuta

SI	NO
----	----
- Se **SI**, specificare: Data _____
4. Di aver avuto contatti stretti con con casi probabili o confermati di Covid 19

SI	NO
----	----
- Se **SI**, specificare: Data _____
- In ambiente sanitario; In famiglia; In ambiente lavorativo; Altro _____; Non sa
5. Di essere consapevole delle misure igieniche e preventive da adottare all'interno della struttura sanitaria (misurazione temperatura, igienizzazione delle mani, utilizzo di mascherina priva di valvola, distanziamento, ecc.)

SI	NO
----	----

Dichiaro inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Cagliari, lì _____

Firma _____