

Cognome _____ Nome _____

Luogo e Data di Nascita _____ Genere M F

Codice fiscale _____ telefono _____

Patente Carta identità Passaporto Numero _____

e-mail _____ Medico curante (o di riferimento) _____

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

RIFERISCE E DICHIARA

FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C ATTUALE OPPURE NEI 3 GIORNI PRECEDENTI AL TAMPONE	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	MIALGIE/ASTENIA (es. DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
TOSSE	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	NAUSEA/VOMITO/DIARREA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
RECENTE DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA (DISPNEA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ALTERAZIONE DELL'OLFATTO (ODORI)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
RINITE (infiammazione mucosa nasale)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ALTERAZIONE DEL GUSTO	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
FARINGODINIA (es. MAL DI GOLA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No			

Negli ultimi 14 giorni:

- **E' risultato positivo ad un tampone rapido o molecolare?** Sì No
 - **Attualmente si trova in isolamento domiciliare fiduciario (Quarantena)?** Sì No
 - Ha avuto **contatto fisico diretto** con un caso di COVID-19 (per esempio stretta di mano)? Sì No
 - È stato **in ambiente chiuso** (per esempio auto, aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) **con un caso di COVID-19** per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1,5 metri? Sì No
 - **Vive nella stessa casa** di un caso sospetto o confermato di COVID-19? Sì No
 - **E' di ritorno da un Paese** di quelli ritenuti dalla Regione Veneto potenzialmente pericolosi per cui dovrebbe essere sottoposto a quarantena cautelativa? Sì No
- se Sì quale: Data di rientro:

I dati sopra riportati sono raccolti e trattati da personale autorizzato da ME.DI.CA. GROUP srl. 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.

➔ In caso di esito POSITIVO del Tampone sia RAPIDO sia MOLECOLARE (PCR) ME.DI.CA. GROUP provvederà alle comunicazioni di competenza al servizio di igiene e sanità pubblica (SISP) dell'ULSS di riferimento del paziente.

Dichiaro di avere letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, comprese le "*Misure di profilassi per la prevenzione dell'infezione da Sars-Cov-2*"(pag.2) e di **averne compreso completamente il contenuto.**

Dichiaro inoltre **di essere stato informato** che in caso di positività la stessa sarà comunicata ai Servizi Sanitari Pubblici competenti da parte di ME.DI.CA. GROUP srl per l'adozione delle misure necessarie previste dalla normativa vigente.

Presto il consenso all'esecuzione di:		
TAMPONE RAPIDO	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
TAMPONE MOLECOLARE (PCR)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Nota: *** Il mancato consenso a quanto sopra impedirà l'esecuzione del tampone.

Data e ora del tampone

Firma del Paziente