



SCHEDA PRE TRIAGE – QUESTIONARIO

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.445 del 28.12.2000) ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 medesimo

Il sottoscritto **COGNOME**..... **NOME**.....

Data di nascita **Tel/cell**.....

RIFERISCE

la presenza dei seguenti sintomi

- **FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C** SI NO
- **TOSSE** SI NO
- **DIFFICOLTA' RESPIRATORIA** SI NO
- **Presenza dei suddetti sintomi nel nucleo familiare** SI NO
- **RAFFREDDORE/MAL DI GOLA** SI NO
- **SPOSSATEZZA/DOLORI MUSCOLARI** SI NO
- **NAUSEA/VOMITO/DIARREA** SI NO
- **ALTERAZIONE GUSTI ED ODORI** SI NO

E DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui al recente Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri e alle disposizioni emanate dalle autorità sanitarie nazionali e regionali, e delle sanzioni previste.
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena/isolamento fiduciario domiciliare e di non essere risultato positivo al COVID-19 negli ultimi 10 gg
- di non avere avuto contatti fisici diretti non protetti con casi sospetti o confermati di COVID 19 o con materiali potenzialmente infetti negli ultimi 10 gg
- di non aver avuto convivenza con casi sospetti o accertati di COVID 19 negli ultimi 10 gg
- di non aver lavorato in Strutture sanitarie in cui fossero ricoverati pazienti con infezione da COVID 19 negli ultimi 10 gg
- di non aver sostato per più di 15 minuti in ambienti chiusi con persone con sospetta o confermata infezione da COVID 19 negli ultimi 10 gg
- di non aver effettuato una trasferta verso un Paese estero negli ultimi 10 gg

data

Firma.....

N.B. In presenza di sintomi e almeno 1 delle condizioni sopraelencate

NON E' CONSENTITO L'ACCESSO IN STRUTTURA ed è

FATTO OBBLIGO DARNE COMUNICAZIONE AL MEDICO DI BASE