

SCHEDA ANAMNESTICA VALUTAZIONE COVID-19

Gentile Paziente/Visitatore,

al fine di consentirci di valutare il rischio di infezione per COVID-19, prima di accedere al reparto/ambulatorio, dovrà compilare il seguente questionario e sottoporsi alla misurazione della temperatura corporea.

IO SOTTOSCRITTO _____

(nome e cognome del paziente/visitatore)

NATO A _____ IL _____ TEL. _____

CELL. _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI (AI SENSI DELL'ART. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARO

DI ESSERE ATTUALMENTE SOTTOPOSTO A ISOLAMENTO FIDUCIARIO

SI

NO

CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:

- È COMPARSATA UNA FEBBRE SUPERIORE A 37,5 °C?

SI

NO

- È COMPARSATA TOSSE, DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, DIFFICOLTÀ A RICONOSCERE ODORI E SAPORI?

SI

NO

Roma, lì _____

Firma
