

	QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DEL VISITATORE	DS MOD Rev. 1 del 2021 Pag. di 2
---	--	--

NOME E COGNOMETEMPERATURA.....

TIPO DOCUMENTO IDENTITA.....N.....

1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero ?
 - SI dove ?..... data partenzadata rientro..... NON RICORDO
 - NO

2. Hai avuto contatti* con casi accertati di COVID-19? SI NO

3. Hai avuto contatti* con :
 - Persone che hanno fatto il tampone ? SI NO
 - Familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone? SI NO
 - Persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena? SI NO
 - Persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni SI NO

4. Hai avuto contatti* con persone che avevano sintomi simil-influenzali ? (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratoria, congiuntivite, raffreddore) SI NO

5. Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti 2,3,4, si trattava di :
 - Un tuo familiare convivente ? SI NO
 - Un collega di lavoro? SI NO
 - Persona con cui hai avuto contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc.) ? SI NO

6. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI? SI NO

7. Hai fatto il tampone per COVID-19 ? SI NO

8. Se si, sei risultato positivo ? SI NO

9. Sei stato ricoverato e dimesso per COVID-19 ? SI NO

10. Se si, sei guarito ? SI NO

11. Al momento hai i seguenti sintomi ?

- Febbre SI NO
- Tosse SI NO
- Stanchezza SI NO
- Dolori muscolari SI NO
- Difficoltà respiratoria SI NO
- Espettorazione SI NO
- Mal di gola SI NO
- Mal di testa SI NO
- Congiuntivite SI NO
- Vomito SI NO
- diarrea SI NO

ESIBITA CERTIFICAZIONE VERDE COVID-19 SI NO

**Per contatto si intende prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore ad un metro di durata superiore a 15 minuti senza mascherina*

DATA

FIRMA.....

Informativa e Consenso Privacy

I dati che le vengono richiesti all'interno del questionario hanno la finalità di tutela della salute pubblica. Sono richiesti su autorizzazione delle Autorità Statali e Regionali in particolare la Determinazione della Regione Lazio del 16/06/2021 n. G07347. Il Titolare del Trattamento è la Clinica Fabia mater della SACLI spa. I dati sono trattati in modo cartaceo. I dati sono conservati attuando tutte le misure di sicurezza necessarie. I Dati verranno tenuti per 14 giorni e poi distrutti nelle modalità previste dalla legge. Il rifiuto di fornire i propri dati non permette l'accesso alla struttura.

do il consenso

non do il consenso

Data.....

Firma