

	TRIAGE COVID-19 ORIENTED PER POTER ACCEDERE ALL'AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT	Rev. 0 13-05-20
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

da compilare a cura del soggetto maggiorenne o dei genitori, in caso di minorenni

INFORMAZIONI GENERALI E TRIAGE COVID-19 -ORIENTED

Il sottoscritto _____

nato il ____ . ____ . ____ a _____ (____), residente a _____

identificato a mezzo CI – Pat. – Pass nr. _____,

rilasciato da _____ in data ____ . ____ . _____,

(genitore di _____ nato il ____ . ____ . ____ , a _____)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ PER SE STESSO e/o IL FIGLIO

- che non è stato sottoposto alla misura della quarantena e sorveglianza attiva per il COVID-19
- che non è risultato positivo al tampone per COVID-19
- che non ha avuto contatti stretti (familiari, colleghi, ecc.) con soggetti positivi al COVID-19
- che non è stato ricoverato in ospedale con (o a causa) di sintomi respiratori negli ultimi mesi
- che non ha sofferto di gravi sintomi respiratori o altro a domicilio negli ultimi mesi
- che non ha un test sierologico positivo per anticorpi Covid-19

SINTOMI SOGGETTIVI RECENTI

Negli ultimi 21 giorni ha avuto 1 o più dei seguenti sintomi?			
Febbre > 37.5	Tosse secca	Difficoltà respiratoria	Mal di gola, gola infiammata
Mialgie, dolori muscolari	Polmonite	Sintomi simil-influenzali	
Perdita dell'odorato	Perdita del gusto		Cefalea persistente
Diarrea	Astenia, debolezza estrema		Malattia trombo embolica
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si	

Precisare data inizio e fine dei sintomi _____

Informativa privacy (UE 679/2016): l'acquisizione dei dati richiesti è necessaria e pertanto obbligatoria per consentire in sicurezza l'accesso all'ambulatorio di medicina dello sport nell'emergenza Covid-19. All'utente competono i diritti di accesso ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione o il blocco. Titolare del trattamento è l'AULSS 5 Polesana.

Letto e compreso tutto quanto sopra è riportato. Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

_____ Data

_____ firma del soggetto maggiorenne o dei genitori, in caso di minorenni

ULTERIORI AVVERTENZE VALIDE PER PERIODO COVID – 19

- 1- DEVONO ESSERE PRENOTATI SOLO UTENTI RESIDENTI NEL TERRITORIO ULSS 5 POLESANA IN TUTTE TRE LE SEDI DI ROVIGO, ADRIA, TRECENTA;
- 2- L'UTENTE DEVE PRESENTARSI ALL'APPUNTAMENTO CON UN CAMPIONE DELLE URINE, GUANTI MONOUSO E MASCHERINA;
- 3- L'UTENTE NON SI DEVE PRESENTARE ALL'APPUNTAMENTO CON ANTICIPO, MA AL MASSIMO 15 MINUTI PRIMA DELL'ORARIO DI PRENOTAZIONE;
- 4- L'UTENTE DEVE ANNULLARE E/O SPOSTARE L'APPUNTAMENTO NEL CASO ABBIA AVUTO FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI NEI 21 GIORNI CHE PRECEDONO LA VISITA;
- 5- L'UTENTE DEVE SCARICARE DAL SITO AULSS5-INFORMAZIONI-MEDICINA SPORTIVA IL MODULO COVID ORIENTED. IN CASO DI DIMENTICANZA LO PUO' COMPILARE PRIMA DELLA VISITA IN AMBULATORIO;
- 6- SE L'UTENTE E' RISULTATO POSITIVO AL COVID-19 NON POTRA' ESEGUIRE LA VISITA FINO A NUOVE DISPOSIZIONI REGIONALI.