



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

COGNOME _____

NOME _____

DATA di NASCITA _____

SESSO M F

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 SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE
NEGLI ULTIMI 14 GIORNI
HA AVUTO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:**

- FEBBRE** maggiore a 37,4°C SI NO se **SI** la T° rilevata al momento è.....
- Ha assunto farmaci **ANTIPIRETICI** (es. Tachipirina) SI NO Per quale motivo.....
- TOSSE** o difficoltà a **RESPIRARE** SI NO
- NAUSEA, VOMITO, DIARREA**, mal di **GOLA**,
RAFFREDDORE SI NO
- PERDITA del **GUSTO** o degli **ODORI** SI NO Se sì quale.....

- E' Operatore Sanitario o persona impegnata nell'assistenza di un caso
sospetto o confermato di COVID 19 SI NO
- E' stato ricoverato in struttura Sanitaria con casi di COVID positivi (Ospedale,
RSA, Casa di riposo) SI NO
- E' stato in contatto o vive nella stessa casa con persone positive al COVID 19
o sospette di essere positive SI NO
- E' stato in isolamento fiduciario domiciliare (quarantena), se sì qual'è stato
l'ultimo giorno di isolamento SI NO Giorno.....
- Ha eseguito tampone faringeo per ricerca COVID? SI NO Esito.....
- Ha eseguito esame sierologico? SI NO Esito.....
- Nella sua famiglia si è verificato il decesso di un familiare convivente per
cause inspiegate? SI NO
- Negli ultimi 14 giorni ha soggiornato all'estero o in una qualsiasi altra zona
ritenuta a rischio? SI NO

Io sottoscritto/a vista l'informativa sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'emergenza
epidemiologica COVID-19 **ACCONSENTO** al trattamento dei dati riportati nel presente modulo

Firma del paziente _____

Data _____ Ora _____

Firma operatore della struttura accettante _____