



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

MD P.S. COVID-19-b
Rev 6
08 settembre 2021
pagina 1 di 2

Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 144 13 luglio 2020, D.L. n. 52 del 22 aprile 2021, D.L. n. 65 del 18 maggio 2021

COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO DI NASCITA: _____ (_____) DATA DI NASCITA: _____

DOCUMENTO DI IDENTITA': _____ NUM: _____ TELEFONO: _____

EMESSO DA: _____ SCADENZA: _____

INDIRIZZO: _____ Citta' _____

1. Si è sentito/a poco bene nelle ultime 2 settimane? SI NO

Se SI, specificare i sintomi: _____

2. Attualmente ha febbre (più di 37,5°C)? SI NO

3. Attualmente ha tosse? SI NO

4. Attualmente ha mal di gola? SI NO

5. Ha riscontrato perdita del senso del gusto e/o dell'olfatto? SI NO

6. Avverte astenia (debolezza)? SI NO

7. Attualmente ha dolori muscolari diffusi? SI NO

8. Avverte mal di testa? SI NO

9. Ha raffreddore? (naso chiuso e/o scolo dal naso) SI NO

10. Avverte difficoltà respiratoria?(respiro corto, fame d'aria) SI NO

11. Ha o ha avuto congiuntivite? SI NO

12. Ha diarrea? SI NO

13. Ha vomito? SI NO

14. Ha aritmie (tachi- o bradi-aritmie)? Episodi sincopali? SI NO

15. Negli ultimi 14 giorni ha avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19) SI NO

Se SI, elencare i 4 criteri del contatto stretto con a fianco si o no

15a. Ha avuto contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (es. stretta di mano)? SI NO

15b. Ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)? SI NO

15c. Ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19 a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore di 15 minuti? SI NO

15d. Sui è trovato in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti a distanza minore di 1 metro? SI NO

16. Si è recato/a in zone ad elevata incidenza di casi di COVID-19? SI NO

Se SI, specificare dove e quando: _____



AUTOCERTIFICAZIONE COVID-19

MD P.S. COVID-19-b
Rev 6
08 settembre 2021
pagina 2 di 2

17. Lavora in un ospedale, RSA o in altra struttura sanitaria? SI NO

19. Le è stato diagnosticato il COVID-19? SI NO

Se SI, specificare: _____

21. Convive con qualcuno a cui è stato diagnosticato il COVID-19 o che presenta i sintomi del COVID-19 (febbre, tosse, perdita del gusto e/o dell'olfatto)? SI NO

Se SI, specificare: _____

Dichiara sotto la propria responsabilità che:

- negli ultimi 14 giorni non è stato sottoposto a regime di quarantena e non ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19, anche in relazione al rientro da viaggi in paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 49 del DPCM 2 marzo 2021.

Se SI, specificare: _____

- ha ricevuto la somministrazione di almeno una dose di vaccino anti COVID-19 da almeno 15 giorni; *oppure*
- ha completato il ciclo vaccinale anti COVID-19 in data _____; *oppure*
- è guarito da COVID-19 da non più di 6 mesi; *oppure*
- si è sottoposto nelle ultime 48 ore a test molecolare o antigenico per la rilevazione di SARS-CoV-2 con esito negativo; *oppure*

nessuno dei casi precedenti.

22. E' in possesso della certificazione verde COVID-19 (Green Pass) SI NO

N.B. si ricorda che alcune patologie croniche (diabete, malattie respiratorie, malattie renali, etc) potrebbero aggravare il quadro clinico qualora si sovrapponesse una infezione da Sars-CoV-2

LUOGO E DATA DI COMPILAZIONE: _____ FIRMA: _____

DA COMPILARE AL MOMENTO DELL'INGRESSO IN S.I.S.Me.R.:

Firmando questa sezione del questionario prendo atto che presso S.I.S.Me.R. sono attuate le misure di prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 prescritte nella documentazione cogente di riferimento (DPCM 26/04/2020) ed in particolare: rilevamento a distanza della temperatura corporea, uso di mascherina a protezione delle vie respiratorie, sanificazione delle mani con soluzione di ipoclorito di sodio 0,05%, utilizzo di calzari, mantenimento della distanza sociale, presenza di accompagnatori solo in casi identificati. Il personale della struttura indossa abbigliamento e calzature dedicate.

FIRMA: _____



QUALORA SI INSTAURASSERO MODIFICHE RISPETTO A QUANTO DICHIARATO NEL PRESENTE DOCUMENTO E' NECESSARIO SEGNALARLO TEMPESTIVAMENTE A S.I.S.Me.R. AI SEGUENTI INDIRIZZI:

PAZIENTI: pazienti@sismer.it

PERSONALE: daniele.barnabe@sismer.it

VISTO DA: _____ DATA: _____