

MALPIGHI CENTRO DIAGNOSTICO srl
Via Italia12 -10034 -Chivasso (TO)
tel.0119171912/011/9171958 e.mail info@malpighi.net

SCHEDA PRE-TRIAGE-QUESTIONARIO
AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ART.46 E 47 DPR 28/12/2000 N.445
LA COMPILAZIONE CONSENTIRA' DI VERIFICARE L'IDONEITA' ALL'INGRESSO IN STRUTTURA

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____/____/____ Sesso M F

RIFERISCE

SINTOMI PRIMARI

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| FEBBRE SUPERIORE a 37,4 °C | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| TOSSE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| RECENTE INSORGENZA DI DISPNEA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

SINTOMI SECONDARI

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| RINITE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| FARINGODINIA (MAL DI GOLA) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ASTENIA O DOLORI MUSCOLARI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| NAUSEA/VOMITO/DIARREA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| DISOSMIA (ALTERAZIONE OLFATTO) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| DISGEUSIA (ALTERAZIONE DEL GUSTO) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

CASO DI PAZIENTE A CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL COVID-19

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha avuto un contatto stretto con un caso Covid-19 nei 14 giorni precedenti | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha avuto un contatto stretto con un caso Covid-19 ed ha effettuato un TAMPONE con esito negativo dopo un periodo di quarantena di 10 giorni | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

CASO DI PAZIENTE RISULTATO POSITIVO AL COVID-19

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha effettuato un tampone di controllo con esito negativo a conclusione del periodo di isolamento | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali , ai sensi del Protocollo anti-contagio del 24/04/2020

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 28/12/2020), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt.46 e 47 del medesimo D.P.R. n.445 del 28/12/2020

Data ____/____/____ Ora _____ Firma Paziente _____

Firma operatore Sanitario _____