

Cognome _____ Nome _____

Data Nascita _____ Sesso M F

RIFERISCE

FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
TOSSE	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
RECENTE DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA (DISPNEA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

RINITE	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
FARINGODINIA (es. MAL DI GOLA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
MIALGIE/ASTENIA (es. DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
NAUSEA/VOMITO/DIARREA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
DISOSMIA (es. ALTERAZIONE OLFATTO)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
DISGEUSIA (es. ALTERAZIONE GUSTO)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

E

(barrare le caselle le cui condizioni ricorrano negli ultimi 14 giorni)

- È un Operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza diretta di un caso sospetto o confermato di COVID-19, oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei dispositivi di protezione individuale (DPI) raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.
- È stato a stretto contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); è stato a contatto diretto (faccia a faccia) con un caso sospetto o confermato di COVID-19 a distanza minore di 1,5 metri e di durata maggiore di 15 minuti.
- Ha avuto contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio stretta di mano)
- È stato in ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1,5 metri.
- Vive nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19.
- Ha viaggiato seduto in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave o abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).
- Ha frequentato o ha lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da COVID-19

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI CONNESSI AL PRE-TRIAGE

Lo Studio Medico Mirafiori, con sede legale in Piazza Gozzano 1 Torino 10132 (di seguito la 'Struttura')

La informa che i dati da lei lasciati in fase di pre-triage saranno trattati esclusivamente per le finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica dell'interessato, di terzi o della collettività a fini di prevenzione del contagio da COVID-19. La base giuridica del trattamento è rappresentata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale al quale la Struttura è soggetta (in specie: obbligo di implementazione dei protocolli anti-contagio ai sensi del DPCM del 14.03.2020). La durata del trattamento è relazionata (e limitata) al perdurare dello stato di emergenza sanitaria collegata all'epidemia da COVID-19.

Informazioni dettagliate, anche in ordine all'esercizio dei suoi diritti (diritto all'accesso ai dati personali, diritto di rettifica o cancellazione degli stessi, diritto alla limitazione/ opposizione al trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto all'oblio, diritto alla revoca del consenso) sono riportate nell'informativa consultabile presso gli sportelli dell'accettazione ambulatoriale, dell'ufficio ricoveri o sul sito internet della struttura.

Letto quanto sopra il/la sottoscritto/a, dichiara di prendere atto dell'informativa suddetta.

Data..... Ora.....

Firma del Paziente..... Firma Operatore Sanitario