



## Emergenza COVID-19 - Autocertificazione e consenso a rilevazione temperatura corporea pazienti ed accompagnatori

(ex DPCM 11/03/2020)

Modulo dichiarazione COVID-19 Pazienti ed accompagnatori

Come da protocollo aziendale di sicurezza anti-contagio da Coronavirus SARS-CoV-2, La invitiamo a sottoporsi, prima dell'accesso ai locali, al triage di verifica possibilità di infezione ed alla rilevazione della temperatura corporea da parte di personale e mediante strumentazione aventi caratteristiche idonee ai sensi del Protocollo Governo/Parti Sociali del 24 aprile 2020. In caso di mancato consenso alla misurazione della temperatura NON sarà possibile accedere ai locali ed eseguire la prestazione medica.

### Il sottoscritto

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Accompagnatore di:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

### DICHIARA:

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 455 del 28/12/2000)

1. Di essere stato informato sulle modalità di trattamento dei dati relativi all'Emergenza COVID-19 di cui all'informativa suppletiva consegnata a mano o esposta, e di:  prestare  negare il consenso al relativo trattamento (in caso di negazione, non sarà possibile usufruire della prestazione sanitaria)
2. Di prestare consenso alla rilevazione della temperatura corporea propria e dell'eventuale accompagnato ed alla registrazione della stessa in caso sia uguale o superiore a 37,5 °C.

	Sottoscritto	Accompagnato
Temperatura rilevata (registrare solo in caso di temperatura uguale o superiore a 37,5 °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Di non essere positivo al coronavirus e/o di non essere in stato di quarantena obbligatoria o di isolamento domiciliare fiduciario, secondo la normativa vigente.

4. Dichiaro inoltre che negli ultimi 21 giorni (barrare la casella in caso affermativo):

	Sottoscritto	Accompagnato
Ha avuto febbre maggiore di 37,50 °C, difficoltà respiratorie, altri sintomi respiratori tra cui: mal di gola, dispnea a riposo e/o sotto sforzo e/o di aver avuto diarrea, vomito o altri disturbi gastro-intestinali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' operatore sanitario o altra persona impegnata nell'assistenza diretta di un caso sospetto di COVID-19, oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 <i>senza l'uso dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vive nella stessa casa di caso sospetto o confermato di COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stato in contatto diretto (es: stretta di mano) con caso sospetto o confermato di COVID-19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stato a stretta vicinanza non protetta con caso sospetto o confermato di COVID-19 (durata maggiore di 15 minuti e distanza inferiore a 2 metri).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavora o frequenta strutture sanitarie nelle quali sono ricoverati pazienti affetti da COVID-19 <i>senza l'uso dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Torino, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

**NON sarà consentito l'accesso ai locali a Lei ed al suo Accompagnato se anche ad uno solo dei due venga rilevata una temperatura uguale o superiore a 37,50 °C, sia positivo al coronavirus, sia in stato di quarantena obbligatoria/isolamento domiciliare fiduciario o nel se abbia risposto positivamente anche a una sola delle domande del precedente punto 4.**

Dichiaro inoltre che l'esecuzione della prestazione sanitaria in forma privata è una propria scelta.

Torino, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Personale CPG: \_\_\_\_\_