

Nel caso di risposta affermativa ad almeno una delle condizioni elencate, che ricorrano negli ultimi 14 giorni, riprogrammare la prestazione

Cognome e nome: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Rispondere alle domande barrando la casella corrispondente:

NEI 14 GIORNI PRECEDENTI	
Sei stato/a all'estero?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Dove (indicare lo stato estero)? _____ Data inizio permanza _____ Data di rientro _____ <input type="checkbox"/> NON RICORDO
Sei stato in altre regioni italiane?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Dove (indicare lo stato estero)? _____ Data inizio permanza _____ Data di rientro _____ <input type="checkbox"/> NON RICORDO
Hai avuto contatti (PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI) con casi accertati di COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Hai avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Hai avuto contatti con familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Sei stato/a a contatto con persone sottoposte a quarantena?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Sei stato/a contatto con persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Hai avuto contatti con persone con:	
Tosse	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Febbre	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti sui contatti:	
Sei un familiare convivente?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Sei un collega di lavoro?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Siete stati a contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro, ristorante, pub, feste private, ecc)?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Dichiara di essere attualmente in stato di quarantena o di isolamento fiduciario domiciliare</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria?	

Ospedali si/no	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO
Ambulatorio/casa della salute si/no	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO
Studio del MMG/PLS si/no	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO _____
Altro	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO _____
Sei stato ricoverato per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Hai altri problemi di salute?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> QUALI _____
Prendi farmaci?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> QUALI _____
Al momento hai	
Tosse	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Febbre	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> TEMPERATURA _____
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Vomito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Diarrea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Hai fatto il vaccino per l'influenza?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Hai fatto il vaccino per la polmonite?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**Informativa integrativa breve circa il trattamento dei dati personali ex Art. 13 del Regolamento 2016/679 (GDPR) relativa alle misure per il contenimento del Covid-19**

(Informativa completa esposta e pubblicata sul sito: <https://www.affidea.it/affidea/affidea-area-istituzionale/protezione-dei-dati/>)

Affidea, che si riferisce a tutte le strutture sanitarie\* ad essa afferenti, procederà al trattamento dei dati personali e particolari necessari ad attuare le misure previste dai Protocolli anti-contagio contro il Covid-19 a tutela della salute dei pazienti e degli operatori. I trattamenti sono legittimamente effettuati a cura del personale specificatamente autorizzato in quanto necessari ad attuare i protocolli anti contagio contro il Covid-19. I suddetti potranno essere condivisi con le Autorità Sanitarie per la ricostruzione della filiera dei "contatti stretti".

L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dal GDPR contattando il DPO: tel. 028839361 o [dpo.it@affidea.it](mailto:dpo.it@affidea.it). I dati saranno conservati fino al termine dell'emergenza e successivamente distrutti. I dettagli circa i trattamenti di dati relativi all'esecuzione della prestazione sanitaria (ivi compresi i diritti dell'interessato) sono indicati nell'Informativa Pazienti che il suddetto riceverà a seguito del Triage.

(\*Dettaglio delle strutture: <https://www.affidea.it/i-centri/>)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_

Firma

utente:

**Riservato al personale del triage:** Conferma FEBBRE (> 37.5)      SI      NO

Accesso consentito al paziente:      SI      NO



# SCHEDA TRIAGE COVID-19 - Autocertificazione

SIGLA OPERATORE \_\_\_\_\_