

Revisione

00

del

26.03.2020

MOD

SVI-PT-RL

Gentile Signore/ra,

in seguito alle Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019 e dell' Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 Dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica - N. Z00009 del 17/03/2020,

Le chiediamo di rispondere alle domande riportate in tabella.

Io sottoscritto/a _____

C.F.: _____

Dichiaro di:

- avere temperatura corporea superiore a 37.5
- avere tosse
- avere difficoltà respiratoria
- Essere stato in altre regioni negli ultimi 15 giorni
- ha visitato strutture ospedaliere
- ha avuto contatti con casi accertati di COVID-19?

DATA -----

FIRMA -----

Per quanto riguarda la gestione delle informazioni che ci fornirà e dei suoi dati, le comunichiamo che verranno utilizzati unicamente per finalità strettamente connesse alla gestione della situazione emergenziale in oggetto.

Tali dati verranno trattati dal Titolare del trattamento sulla base di quanto previsto all'art. 6 par. 1 lett. d) – e) [d) il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica; e) il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;] e all'art. 9 par. 2 lett. i) [i) il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria...] del Reg. UE 2016/679.

Tali dati potranno essere comunicati solamente alle autorità competenti per la finalità sopraindicata. Per tutto quanto non espressamente specificato si rimanda all'informativa sul trattamento dati in uso da parte del Titolare del Trattamento ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. UE 2016/679

Revisione

00

del

26.03.2020

MOD

SVI-PT-RL

NEI 14 GIORNI PRECEDENTI

<p>Sei stato/a all'estero?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ Dove (indicare lo stato estero)?</p> <p>Data inizio permanenza <u> / / </u></p> <p>Data di rientro: <u> / / </u></p> <p><input type="checkbox"/> NON RICORDO</p>
<p>Sei stato in altre regioni italiane?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SÌ Dove (indicare lo stato estero)?</p> <p>Data inizio permanenza <u> / / </u></p> <p>Data di rientro: <u> / / </u></p> <p><input type="checkbox"/> NON RICORDO</p>
<p>Hai avuto contatti con casi accertati di COVID-19? (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)</p>	<p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Hai avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Hai avuto contatti con familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Sei stato/a a contatto con persone sottoposte a quarantena?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Sei stato/a contatto con persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Hai avuto contatti con persone con:</p>	
<p>Tosse</p>	<p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Febbre</p>	<p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Dolori muscolari</p>	<p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Difficoltà respiratorie</p>	<p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p>

Revisione

00

del

26.03.2020

MOD

SVI-PT-RL

Se hai risposto SÌ ad uno dei precedenti quesiti sui contatti:

Sei un familiare convivente?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sei un collega di lavoro?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Siete stati a contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria?	
Ospedale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Se sì QUANTO TEMPO? _____
Ambulatorio/casa della salute	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Se sì QUANTO TEMPO? _____
Studio del MMG/PLS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Se sì QUANTO TEMPO? _____
Altro	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Se sì QUANTO TEMPO? _____
Sei stato ricoverato per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Hai altri problemi di salute?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Se sì QUALI? _____ _____
Prendi farmaci?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Se sì QUALI? _____ _____

Revisione

00

del

26.03.2020

MOD

SVI-PT-RL

Al momento hai:

Tosse	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Febbre	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì Se sì TEMPERATURA?
dolori muscolari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Vomito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Diarrea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Hai fatto il vaccino per l'influenza?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Hai fatto il vaccino per la polmonite?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì

Firma

Per quanto riguarda la gestione delle informazioni che ci fornirà e dei suoi dati, le comunichiamo che verranno utilizzati unicamente per finalità strettamente connesse alla gestione della situazione emergenziale in oggetto.

Tali dati verranno trattati dal Titolare del trattamento sulla base di quanto previsto all'art. 6 par. 1 lett. d) – e) [d) il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica; e) il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;] e all'art. 9 par. 2 lett. i) [i) il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria...] del Reg. UE 2016/679.

Tali dati potranno essere comunicati solamente alle autorità competenti per la finalità sopraindicata. Per tutto quanto non espressamente specificato si rimanda all'informativa sul trattamento dati in uso da parte del Titolare del Trattamento ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. UE 2016/679

Nome struttura