

## INDAGINE ANAMNESTICA

Gentile Assistito/Tutore, in occasione dell'accesso alla struttura, La invito a compilare il seguente questionario rispondendo alle domande elencate. Le Sue risposte ci saranno molto utili per verificare la presenza di alcuni sintomi attuali o recenti e per prevenire il rischio di contagio da Covid-19

Grazie per la collaborazione. *Il Direttore Tecnico*

**Informativa Telefonica preliminare:** Gentile paziente, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, il Titolare del Trattamento \_\_\_\_\_ desidera informarla che i dati che le saranno richiesti, eccedenti rispetto ad un normale trattamento di natura diagnostica laboratoristica, rientrano nella necessità di gestione dell'emergenza pandemica COVID-19.

Tali dati sono trattati con lo scopo di garantire contestualmente la sua salute e quella di tutti i pazienti ed operatori del centro.

Il trattamento di tali dati è legittimo, in quanto basato sulla sua spontanea fornitura di tali informazioni ed è giuridicamente basato sull'implementazione dei protocolli di sicurezza anticontagio ai sensi del DPCM del 11/032020.

Le comunichiamo inoltre che tali dati potranno essere comunicati, sempre nel rispetto delle disposizioni normative vigenti a soggetti terzi quali:

- Suo Medico di Medicina Generale
- Azienda Sanitaria Locale di competenza
- Regione Campania

I menzionati destinatari di tale comunicazione agiranno in qualità di autonomi Titolari del Trattamento Tali dati non saranno soggetti a diffusione e saranno conservati fino al termine dell'emergenza.

L'informativa in merito a tale trattamento è reperibile, nella sua versione integrale, in laboratorio all'atto del suo accesso.

Desideriamo, in ultimo, informarla che l'accesso in struttura sarà consentito solo se munito di mascherine protettive e di guanti monouso e solo se l'indagine anamnestica non genererà dubbi sul rischio di ingresso di persona potenzialmente infettiva.

**Cognome e Nome del paziente:** \_\_\_\_\_

Il questionario viene compilato unicamente a cura del Centro:

*(inserire cognome e nome del compilatore)*

Si forniscono le informazioni in qualità di (indicare il nominativo se diverso dal paziente):

diretto interessato  genitore  coniuge  tutore  altro

**La compilazione di tale sezione è condotta telefonicamente, in via preventiva e sarà sottoposta a firma del paziente all'accesso in struttura, corredata di copia del documento di riconoscimento.**

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ Distretto Sanitario \_\_\_\_\_

# INDAGINE ANAMNESTICA

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o certificazione di atti falsi (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.)

## DICHIARA

1. Di avere o non avere avuto i seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni:

Sintomo	Si	No
Rialzo temperatura oltre 37,5 ° C		
Raffreddore/Naso che cola		
Mal di testa		
Tosse/Mal di gola		
Diarrea		

Sintomo	Si	No
Vomito		
Difficoltà Respiratorie		
Sintomi o sensazioni di malessere		
Anosmia (perdita capacità olfattive)		
Ageusia (perdita gusto)		

2. Che i propri conviventi hanno avuto i seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni:

Sintomo	Si	No
Rialzo temperatura oltre 37,5 ° C		
Raffreddore/Naso che cola		
Mal di testa		
Tosse/Mal di gola		
Diarrea		

Sintomo	Si	No
Vomito		
Difficoltà Respiratorie		
Sintomi o sensazioni di malessere		
Anosmia (perdita capacità olfattive)		
Ageusia (perdita gusto)		

3. Di aver avuto contatti con persone fisiche, negli ultimi 15 giorni, con sintomatologia febbrile o con tosse o persone fisiche di cui è noto il contagio del Covid\_19

- SI ed è stato mantenuto un livello di isolamento per n. \_\_\_\_\_ giorni  
 NO

4. Che i propri conviventi hanno avuto contatti con persone fisiche di cui è noto il contagio del Covid\_19

- SI ed è stato mantenuto un livello di isolamento per l'interessato ed i conviventi per n. \_\_\_\_\_ giorni  
 NO

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Codice Regionale \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma dell'operatore (per indagine telefonica) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del paziente (all'accesso in struttura) \_\_\_\_\_