

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA INGRESSO IN U.O.

Dati richiedente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Tel. _____

Dati paziente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Tel. _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19?	SI	NO
-Se la risposta è SI: è guarito? (tamponi di controllo negativi?)	SI	NO
È in quarantena?	SI	NO
Ha effettuato vaccinazione COVID?	SI	NO
Data 1° dose _____ data 2° dose _____		
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?		
• Febbre/febbrecola	SI	NO
• Tosse e/o difficoltà respiratorie	SI	NO
• Malessere, astenia	SI	NO
• Cefalea	SI	NO
• Congiuntivite	SI	NO
• Sangue da naso/bocca	SI	NO
• Vomito e/o diarrea	SI	NO
• Inappetenza/anoressia	SI	NO
• Confusione/vertigini	SI	NO
• Perdita/alterazione dell'olfatto	SI	NO
• Perdita di peso	SI	NO
• Disturbi dell'olfatto e o del gusto	SI	NO

Data _____

Firma richiedente _____