

SCHEDA DI TRIAGE VAUTAZIONE DEL RISCHIO COVID 19 (PMA)

La sottoscritta _____, nata il _____ a _____,

<input type="checkbox"/> 1° triage (fase luteale ciclo precedente) Check medico _____	<input type="checkbox"/> 2° triage (inizio gonadotropine / inizio progesterone) Check medico _____	<input type="checkbox"/> 3° triage (triggering/progesterone) Check medico _____
---	--	---

Dichiara sotto la propria responsabilità che nei 14 giorni precedenti ad oggi ___/___/___ ha/non ha avuto:

Contatto stretto caso COVID -19 (* vd. definizioni)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Presenza di sintomi compatibili con COVID-19 (** vd. definizioni)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Non noto
Tampone PCR in fase pre-trattamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se effettuato, indicare esito tampone	<input type="checkbox"/> POS	<input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> Non noto
E' stato sottoposto a vaccino Anti – COVID 19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se si la somministrazione della dose è avvenuta in data	___/___/___		

Si prega di rinviare per mail (esami@nove.baby) il foglio debitamente compilato e sottoscritto. In caso di risposta positiva ("SI") anche solo ad una delle domande precedenti, contattare il medico con cui ha l'appuntamento prima di recarsi all'interno della struttura. Grazie per la collaborazione

<p>* Criteri per definizione di "contatto stretto" di caso COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hanno avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (es. stretta di mano); • hanno avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); • hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti; • si sono trovati in un ambiente chiuso (es. soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza < 1 metro 	
<p>** Sintomi e segni compatibili con la diagnosi di COVID-19</p> <p><i>(Segni e sintomi possono essere anche di lieve intensità, presenti singolarmente o variamente associati tra loro)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • febbre • tosse • astenia • dolori muscolari diffusi • mal di testa • raffreddore (naso chiuso e/o scolo dal naso) • difficoltà respiratoria (respiro corto, fame d'aria) 	<ul style="list-style-type: none"> • mal di gola • congiuntivite • diarrea • vomito • aritmie (tachi- o bradi-aritmie), episodi sincopali disturbi nella percezione di odori e gusti (anosmia, a-disgeusia)

Data, _____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 REG. UE 679/2016 PER RACCOLTA DATI IN EMERGENZA COVID-19. Le informazioni richieste risultano necessarie al fine di potere ottemperare ai doveri di prevenzione, sicurezza e tutela della salute sul territorio nazionale e, per questo, anche in un'ottica di reciproca collaborazione le chiediamo di rispondere a quanto necessario. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo di prevenzione cui il centro Tecnobios Procreazione srl, in qualità di titolare del trattamento, è soggetto. Nel dettaglio, i suoi dati sanitari verranno trattati per motivi di interesse pubblico al fine di protezione da gravi minacce per la salute sul territorio nazionale e per assolvere gli obblighi in materia di sicurezza e protezione sociale. Il trattamento dei dati potrà avvenire con modalità informatica, telematica e cartacea, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dall'Art. 32 del Reg. 2016/679. I dati raccolti non saranno divulgati ma potranno essere comunicati a terzi (quali ad esempio pubblica autorità, sanità pubblica o protezione civile) per adempiere a quanto prescritto dai decreti ministeriali in relazione all'emergenza. I dati saranno conservati per il tempo necessario a gestire l'emergenza e verranno successivamente distrutti.