

SCHEDA DI TRIAGE VAUTAZIONE DEL RISCHIO COVID 19 (PMA)

La sottoscritta _____, nata il _____ a _____,

Dichiara sotto la propria responsabilità che nei 14 giorni precedenti l'inizio terapia, ovvero il ___/___/___ ha/non ha avuto:

1) Contatto stretto caso COVID -19 (* vd. definizioni)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2) Presenza di sintomi compatibili con COVID-19 (** vd. definizioni)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Non noto
3) 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
4) E' stata sottoposta a vaccino Anti – COVID 19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se si, la somministrazione della dose è avvenuta in data	___/___/___		

Dichiara inoltre sotto la propria responsabilità che comunicherà al medico di riferimento l'eventuale insorgenza dei suddetti sintomi nel caso si presentassero successivamente.

Si prega di rinviare per mail (esami@nove.baby) il foglio debitamente compilato e sottoscritto. In caso di risposta positiva ("SI") ai primi tre punti, contattare il medico con cui ha l'appuntamento prima di recarsi all'interno della struttura.

Grazie per la collaborazione.

* Criteri per definizione di "contatto stretto" di caso COVID-19	<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	
** Sintomi e segni compatibili con la diagnosi di COVID-19 <i>(Segni e sintomi possono essere anche di lieve intensità, presenti singolarmente o variamente associati tra loro)</i>	<ul style="list-style-type: none">febbretosseasteniadolori muscolari diffusimal di testaraffreddore (naso chiuso e/o scolo dal naso)difficoltà respiratoria (respiro corto, fame d'aria)	<ul style="list-style-type: none">mal di golacongiuntivitediarreavomitoaritmie (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 di Medicina di Treviso S.r.l., 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