



**INFORMAZIONI NECESSARIE
PER L'ACCESSO**

Mod. MOMEDS

Rev. 001 del
16/05/2020

Egr.Sig./Gent.Sig.ra,
nelle procedure atte a rendere più sicure le prestazioni sanitarie in questo periodo di epidemia, Le chiediamo, prima di accedere alla nostra struttura di rispondere ad alcune domande sul suo stato di salute negli ultimi giorni.

Grazie.

Cognome e Nome (cliente) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ in data ____ / ____ / ____

SINTOMI NEI 14 GIORNI PRECEDENTI:		
FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TOSSE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MAL DI GOLA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MAL DI TESTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DIFFICOLTA' RESPIRATORIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DOLORI O AFFATICAMENTO MUSCOLARE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALTERAZIONE DEL GUSTO e/o DELL' ODORATO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DIARREA/NAUSEA/VOMITO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SINTOMI DA RAFFREDDORE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO 14 GIORNI PRIMA DELLA COMPARSA DEI SINTOMI:		
ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SINTOMI SPECIFICI IN ALTRI COMPONENTI DELLA SUA FAMIGLIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OCCUPAZIONE AD ALTO RISCHIO (Personale Sanitario, Tecnici di Laboratorio, altro)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTO NON PROTETTO CON PERSONA POSITIVA AL COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

NOTE:

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, la veridicità di quanto dichiarato.

Data, ____ / ____ / ____

Firma del cliente