

SCHEDA DI VALUTAZIONE INIZIALE PRETRIAGE -  
REGIONE LAZIO



Revisione 00 del 26.03.2020 MOD SVI-PT-RL

Gentile Signore/ra,

**in seguito alle Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019 e dell' Ordinanza ai sensi dell'art. 32. comma 3. della legge 23 Dicembre 1978. n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica - N. Z00009 del 17/03/2020.**

Le chiediamo di rispondere alle domande riportate in tabella.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Dichiaro quanto segue:

NEI 14 GIORNI PRECEDENTI	
Sei stato/a all'estero?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Dove (indicare lo stato estero)? _____ Data inizio permanenza    /   / Data di rientro:                /   / <input type="checkbox"/> NON RICORDO
Sei stato in altre regioni italiane?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Dove (indicare lo stato estero)? _____ Data inizio permanenza    /   / Data di rientro:                /   / <input type="checkbox"/> NON RICORDO
Hai avuto contatti con casi accertati di COVID-19? <i>(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO o UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI)</i>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Hai avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Hai avuto contatti con familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sei stato/a a contatto con persone sottoposte a quarantena?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sei stato/a contatto con persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<b>Hai avuto contatti con persone con:</b>	
Tosse	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Febbre	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
<b>Se hai risposto SÌ ad uno dei precedenti quesiti sui contatti:</b>	
Sei un familiare convivente?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sei un collega di lavoro?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Siete stati a contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria?	
Ospedale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ QUANTO TEMPO? _____
Ambulatorio/casa della salute	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ QUANTO TEMPO? _____
Studio del MMG/PLS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ QUANTO TEMPO? _____
Altro	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ QUANTO TEMPO? _____
Sei stato ricoverato per COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Hai altri problemi di salute?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Se SÌ QUALI? _____ _____
Prendi farmaci?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Se SÌ QUALI? _____ _____
Al momento hai:	
Tosse	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Febbre	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Se sì TEMPERATURA? _____
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Vomito	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Hai fatto il vaccino per l'influenza?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Hai fatto il vaccino per la polmonite?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

Firma \_\_\_\_\_

Per quanto riguarda la gestione delle informazioni che ci fornirà e dei suoi dati, le comunichiamo che verranno utilizzati unicamente per finalità strettamente connesse alla gestione della situazione emergenziale in oggetto.

Tali dati verranno trattati dal Titolare del trattamento sulla base di quanto previsto all'art. 6 par. 1 lett. d) – e) [d) il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica; e) il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;] e all'art. 9 par. 2 lett. i) [i) il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria ...] del Reg. UE 2016/679.

Tali dati potranno essere comunicati solamente alle autorità competenti per la finalità sopraindicata. Per tutto quanto non espressamente specificato si rimanda all'informativa sul trattamento dati in uso da parte del Titolare del Trattamento ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. UE 2016/679

**I.D.E.R. ISTITUTI DIAGNOSTICO E RIABILITATIVO S.R.L.**