

	<p>Questionario di valutazione del rischio di malattia per COVID -19</p>	<p>DSA.MOD.IO 03-02-20 Rev. 6 19 agosto 2021 PAG 1 DI 1</p>
---	--	--

Cognome e Nome		
Codice Fiscale		
Recapito telefonico		
Domicilio		
Prestazione prenotata		
UO/Servizio di destinazione		
Data prestazione		
<p>Questionario (Atto n. G09751 del 19/07/2021)</p>		
Domande di screening	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni è comparsa una febbre superiore a 37,5 gradi?		
Negli ultimi 14 giorni è comparsa tosse o difficoltà respiratoria?		
Negli ultimi 14 giorni è comparsa una sintomatologia potenzialmente riferibile a infezione da SARS-CoV-2 (es. congiuntivite, perdita dell'olfatto/gusto)?		
Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato in una zona con elevata incidenza di COVID 19 ?		
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con qualcuno affetto da sintomi respiratori o in isolamento fiduciario o popolazione a rischio?		
E' in possesso della certificazione verde?		
<p>Ha ottenuto la certificazione verde per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avvenuta vaccinazione completa anti SARS-CoV-2, secondo i termini previsti dalla normativa vigente e comunque decorso il termine di 15 giorni dalla prima dose <input type="checkbox"/> - Effettuazione di test antigenico rapido o molecolare con esito negativo al virus SARS-CoV-2 nelle 48 ore precedenti <input type="checkbox"/> - Avvenuta guarigione da COVID 19, con contestuale cessazione dell'isolamento prescritto in seguito ad infezione da SARS-CoV-2, disposta in ottemperanza ai criteri stabiliti con le circolari del Ministero della Salute <input type="checkbox"/> 		

Data compilazione _____ Firma di chi compila _____