

**MISURE DI SICUREZZA E DI CONTENIMENTO
PER IL CONTAGIO DEL COVID - 19
SCHEDE DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE
DEL PAZIENTE**



**SCHEDA DI VALUTAZIONE STATO SALUTE PAZIENTE
PER STUDIO ED AMBULATORIO ODONTOIATRICO**



PANICHELLI HSC
HEALTH & SAFETY CONSULTING

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DEL PAZIENTE

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Comune di Residenza	
Telefono	

1) Hai la febbre o hai avuto la febbre negli ultimi 14 giorni?

- Si
 No

DATA DI COMPARSA DEI SINTOMI: ___/___/_____

Temperatura corporea attuale superiore a 38°C?

- Si
 No

Nel caso di presenza di anche 1 solo elemento tra i seguenti, si allerta direttamente 118/112

- Coscienza alterata
- Pressione sistolica bassa se valutabile dal paziente (minore o uguale 100)
- Ha difficoltà a respirare a riposo

2) Hai avuto negli ultimi 14 giorni problemi respiratori (tosse o difficoltà respiratoria)?

- Si
 No

3) Negli ultimi 14 giorni hai avuto contatti con pazienti infetti dal SARS COVID-19 negli ultimi 14 giorni?

- Si
 No

4) Negli ultimi 14 giorni, hai avuto contatti con persone con esperienza documentata di stati febbrili o problemi respiratori?

- Si
 No

5) Hai partecipato di recente a riunioni, incontri o hai avuto contatto con persone delle quali non conosci lo stato di salute?

- Si
 No



6) Presenta una delle malattie o è in presenza di uno stato fra quelli sotto elencati?

- Malattie Polmonari
- Malattie cardiache
- Malattie renali
- Malattie del sistema immunitario
- Malattie oncologiche
- Malattie metaboliche
- Gravidanza

N.B. COMPILARE L'AUTOCERTIFICAZIONE IN ALLEGATO

Data _____

Firma Paziente



PANICHELLI HSC
HEALTH & SAFETY CONSULTING

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ residente in _____ via _____

identificato a mezzo _____ nr. _____ utenza telefonica _____

_____, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di
dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a **conoscenza delle misure di contenimento del contagio** di cui al combinato disposto dell'**art. 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020** e dell'**art. 1, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 9 marzo 2020** concernenti **lo spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale**;
- **di non essere sottoposto alla misura della quarantena** e di non essere risultato positivo al virus COVID-19 di cui all'**articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 8 marzo 2020**;
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste, dal combinato disposto dell'art. 3, comma 4, del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 e dell'art. 4, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 8 marzo 2020 in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento** (art. 650 c.p. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);

che lo spostamento è determinato da:

- comprovate esigenze lavorative
- situazioni di necessità;
- motivi di salute;
- rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiara che:

(LAVORO PRESSO..., STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN....., DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA... ALTRI MOTIVI PARTICOLARI..ETC...)

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia