

Egregio Signore / Gentile Signora,

ad integrazione della visita medica le verranno richieste le seguenti informazioni che rimarranno strettamente confidenziali e verranno utilizzato per una migliore valutazione clinica in previsione dell'intervento cui sarà sottoposto.

Nome _____ Cognome _____ Età _____

INFORMAZIONI MEDICHE COVID

1	Ha avuto infezione da COVID? Se SI in che data? _____	SI	NO
2	Ha effettuato la vaccinazione COVID? Se SI in che data? _____ 3° dose (data) 1° dose (data): _____ 2° dose (data): _____	SI	NO
3	Se ha risposto NO alla domanda 2, ha prenotato la vaccinazione COVID? Se SI in che data? 1° dose (data): _____ 2° dose (data): _____	SI	NO
4	Ha fatto il tampone per COVID? Se SI in che data? _____ Qual è l'esito? <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NON ANCORA DISPONIBILE	SI	NO
5	Negli ultimi 14 giorni ha avuto febbre o febbre, malessere/spossatezza, mal di testa, dolori muscolari?	SI	NO
6	Negli ultimi 14 giorni ha manifestato tosse, mal di gola, respiro affannoso?	SI	NO
7	Negli ultimi 14 giorni ha manifestato episodi di diarrea?	SI	NO
8	Negli ultimi 14 giorni ha manifestato alterazione del gusto e/o dell'olfatto?	SI	NO
9	Negli ultimi 14 giorni ha iniziato a soffrire di congiuntivite?	SI	NO
10	Nei 14 giorni precedenti i sintomi ha: - Ha avuto contatto stretto* con un caso probabile o confermato di infezione da coronavirus - Ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con infezione da coronavirus	SI	NO

*Per **stretto contatto** si intende:

- Vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19
- Avere un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (es. stretta di mano)
- Avere un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19
- Essere stato a stretto contatto (faccia a faccia) con un caso COVID-19 a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti
- Essere stato in ambiente chiuso con un caso di COVID-19 in assenza di idonei DPI.
- Operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso COVID-19 o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2 senza l'impiego di DPI raccomandati o con l'utilizzo di DPI non idonei.
- Aver viaggiato in aereo/treno o altro mezzo di trasporto entro 2 posti in qualsiasi direzione rispetto ad un caso COVID-19 sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto

Data ____ / ____ / ____

Firma Operatore _____