



centrodiagnostico**buonarroti**

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA PER RISCHIO COVID-19

Al fine di effettuare il test, in accordo con le recenti disposizioni per il contenimento della diffusione del Covid-19, è necessario rispondere alle domande riportate in tabella. 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.

Nome e Cognome: _____ Nato/a a: _____ il ___/___/___
Residente in: _____ Via: _____ C.F.: _____
Tel./Cell: _____ Mail: _____ @ _____
Professione: _____ Luogo di lavoro: _____ Medico curante: _____

Hai avuto negli ultimi 2-3 mesi sintomi compatibili con infezione da Covid 19? NO SI Data inizio: _____
(Febbre: NO SI Tosse: NO SI Difficoltà respiratoria: NO SI Congiuntivite: NO SI Perdita olfatto e/o gusto: NO SI)

Hai eseguito un tampone per la ricerca del Covid-19? NO SI
(Data _____ Esito _____) (Data _____ Esito _____) (Data _____ Esito _____)

Hai eseguito esami di laboratorio per la ricerca degli anticorpi Covid-19? NO SI
(Data _____ Risultato: Anticorpi IgG Negativo Positivo Anticorpi IgM Negativo Positivo)
(Data _____ Risultato: Anticorpi IgG Negativo Positivo Anticorpi IgM Negativo Positivo)

Hai avuto contatti* con casi sospetti o accertati di COVID-19? Sospetto NO SI Accertato NO SI
(Nome contatto _____ Luogo _____ Data _____)

Hai avuto contatti* con persone con sintomi compatibili con infezione da Covid 19? NO SI
(Febbre, Tosse, Difficoltà respiratoria, Congiuntivite, Perdita olfatto e/o gusto) Luogo _____ Data _____

Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria?

Ospedale NO SI Motivo? _____ Luogo _____ Data _____

Poliambulatorio NO SI Motivo? _____ Luogo _____ Data _____

Medico curante NO SI Motivo? _____ Luogo _____ Data _____

Note e altre informazioni che si ritiene opportuno comunicare: _____

*PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE DI UN METRO SUPERIORE A 15 MINUTI

Data di compilazione ___/___/___ Firma: _____