



**ALLEGATO 2
ALLA PROCEDURA OPERATIVA**

PO Covid19 -7-18

**Progressivo ripristino delle attività assistenziali
fase 2**

Ed. 0 Rev.00
Data 10/06/2020

- originale
- copia controllata _____ N. _____
- copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ
- bozza

Il presente allegato consente al paziente l'ingresso nella struttura sanitaria.

Redazione

Dr. Emilia Fiscaro, Responsabile UO Rischio Clinico e Qualità staff Commissario ad Acta
Dr. Francesco Grasso Leanza, dirigente medico - staff Commissario ad Acta
Dott.ssa Angela Trovato, dirigente medico - staff Commissario ad Acta
Ing. Elisabetta Gerbino, dirigente ingegnere - staff Commissario ad Acta

Verifica

Dr. Emilia Fiscaro
Responsabile UO Rischio Clinico e Qualità

Approvazione

Dr. Giuseppe Liberti, Commissario ad Acta

Ratifica

Dr. Antonino Rapisarda, Direttore Sanitario

La presente procedura è l'edizione 0 rev.00 del 10-06-2020



ALLEGATO 2
ALLA PROCEDURA OPERATIVA

PO Covid19 -7-18

Progressivo ripristino delle attività assistenziali
fase 2

Ed. 0 Rev.00
Data 10/06/2020

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 28/12/2000 N. 445

LA COMPILAZIONE CONSENTIRÀ DI DEFINIRE L'IDONEITÀ
ALL'INGRESSO IN STRUTTURA SANITARIA

Cognome Nome _____ Data di nascita _____

COMUNE di PERMANENZA NEGLI ULTIMI 14 GIORNI _____

RIFERISCE E DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
CHE **NEGLI ULTIMI 14 GIORNI** HA AVUTO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

FEBBRE maggiore di 37,4°C SI NO se si la T° rilevata al momento della valutazione è

HA ASSUNTO ANTIPIRETTICI (es. Tachipirina) SI NO per quale motivazione

TOSSE o difficoltà a RESPIRARE SI NO se si quali

NAUSEA/VOMITO/DIARREA/MAL DI GOLA/RAFFREDDORE/PERDITA DEL GUSTO O ODORATO SI NO se si quali

È Operatore Sanitario o persona impegnata nell'assistenza di un caso sospetto/confermato di COVID 19, o svolge attività lavorativa o è stato ricoverato in struttura sanitaria COVID+ (Ospedale, RSA, casa di riposo) SI NO

È stato in contatto o vive nella stessa casa con persone positive al COVID-19 o sospette di essere positive SI NO

E' stato in isolamento fiduciario domiciliare (quarantena) se si, qual è stato l'ultimo giorno di isolamento..... SI NO

Ha eseguito tampone faringeo per ricerca COVID 19? SI NO esito.....
Ha eseguito esame sierologico? SI NO esito.....

Nella sua famiglia si è verificato un decesso di un familiare convivente per cause inspiegate SI NO

Io sottoscritto/a vista l'informativa sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, **acconsento** al trattamento dei dati riportati nel presente modulo.

Data ____/____/____

Firma del dichiarante



**ALLEGATO 2
ALLA PROCEDURA OPERATIVA**

PO Covid19 -7-18

**Progressivo ripristino delle attività assistenziali
fase 2**

Ed. 0 Rev.00
Data 10/06/2020

Redazione

Data 10-06-2020

Emilia Fiscaro

Emilia Fiscaro

Francesco Grasso Leanza

Francesco Grasso Leanza

Angela Trovato

Angela Trovato

Elisabetta Gerbino

Elisabetta Gerbino

Verifica

Data

Emilia Fiscaro

Emilia Fiscaro

Approvazione

Data 18-06-2020

Giuseppe Liberti

Giuseppe Liberti

Ratifica

Data

Antonino Rapisarda

Antonino Rapisarda