Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Visitatore:** Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Nascita \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso □ M □ F -Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RIFERISCE: (barrare le caselle le cui condizioni ricorrano negli ultimi 14 giorni)**

***FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C…………………………………………………………….. □ Sì □ No***

***TOSSE………………………………………………………………………………………………. □ Sì □ No***

***RECENTE DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA (DISPNEA) ………………………………. □ Sì □ No***

***RINITE ……………………………………………………………………………………………… □ Sì □ No***

***FARINGODINIA (es. MAL DI GOLA) …………………………………………………... □ Sì □ No***

***MIALGIE/ASTENIA (es. DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA) …………… □ Sì □ No***

***NAUSEA/VOMITO/DIARREA …………………………………………………………….. □ Sì □ No***

***DISOSMIA (es. ALTERAZIONE OLFATTO) ……………………………………………. □ Sì □ No***

***DISGEUSIA (es. ALTERAZIONE GUSTO) ……………………………………………... □ Sì □ No***

***CONGIUNTIVITE………………………………………………………………………………… □ Sì □ No***

***ARITMIA (TACHI O BRADIARITMIA); EPISODI SINCOPALI…………………... □ Sì □ No***

**□ Sì □ No** - È un Operatore sanitario o altra persona impiegata nell’assistenza diretta di un caso sospetto o confermato di COVID-19, oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l’impiego dei DPI raccomandati o mediante l’utilizzo di DPI non idonei

**□ Sì □ No** - È stato a stretto contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); è stato a contatto diretto (faccia a faccia) con un caso sospetto, possibile o confermato di COVID-19 a distanza minore di 1,5 metri e di durata maggiore di 15 minuti

**□ Sì □ No** - Ha avuto contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio stretta di mano)

**□ Sì □ No** - È stato in ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d’attesa) con un caso di COVID

**□ Sì □ No** - È stato in ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d’attesa dell’ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1,5 metri

**□ Sì □ No** - Vive nella stessa casa di un caso sospetto, possibile o confermato di COVID-19

□ Sì □ No - Ha viaggiato seduto in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all’assistenza e i membri dell’equipaggio addetti alla sezione dell’aereo dove il caso indice era seduto

**□ Sì □ No** - Ha frequentato, lavorato in una struttura sanitaria nella quale erano ricoverati pazienti Covid-19

**□ Sì □ No** – È stato negli ultimi 14 giorni in paesi per i quali è previsto l’isolamento fiduciario

***Confermo che quanto sopra dichiarato corrisponde alla mia attuale condizione di salute, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000, n. 445).***

***Dichiaro di aver ricevuto la scheda informativa e di impegnarmi a rispettare le regole ivi indicate***

Data\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Visitatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Operatore Sanitario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_