

Questionario anamnestico Covid 19

Gentile ,

vista l'attuale situazione in tutto il territorio italiano legata alla diffusione del *Coronavirus (COVID-19)*, in un'ottica di prevenzione e al fine di tutelare la sua salute, nonché quella di tutti i pazienti e del personale dello studio odontoiatrico, Le chiediamo di rispondere in modo completo e responsabile, ad alcune brevi domande.

Le risposte che fornirà verranno utilizzate dallo scrivente studio odontoiatrico esclusivamente al fine di ottenere un quadro completo della Sua attuale anamnesi e di valutare le opportune misure da adottare nella massima cautela e sicurezza terapeutica, in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge per il contenimento della pandemia (in particolare i dati relativi al suo stato di salute sono trattati per motivi di interesse pubblico nel settore sanitario). I dati così raccolti saranno conservati fino al termine dell'emergenza da infezione epidemiologica in corso e non saranno comunicati ad alcun soggetto esterno salvo che, in casi strettamente previsti in forza di legge, alle autorità sanitarie competenti.

1. Ha contratto l'infezione Covid-19 (SARS-CoV-2)?
2. Se alla precedente domanda ha risposto Sì è guarito (tampone negativo)?
3. E' attualmente in quarantena?
4. Ha o ha avuto nelle ultime 3 settimane la febbre?
5. Lei o qualcuno dei suoi familiari o conviventi ha o ha avuto nelle ultime 3 settimane sintomatologia simil-influenzale: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie, raffreddore, congiuntivite, diarrea, alterazione o perdita del senso dell'olfatto (anosmia), alterazione o perdita del senso del gusto (ageusia), spossatezza, cefalea, eruzioni cutanee (per bambini ed adolescenti), dolori muscolari diffusi?
6. Nelle ultime 3 settimane è entrato in contatto con persone cui è stata confermata l'infezione da Covid-19 (SARS-CoV-2)?
7. Nelle ultime 4 settimane è entrato in contatto con pazienti in quarantena sia autoimposta che stabilita dalle autorità sanitarie?
8. Nelle ultime 3 settimane Lei o qualcuno dei suoi familiari o conviventi ha avuto contatti stretti con pazienti con infezione da Covid-19 (SARS-CoV-2) in ambito professionale, ma non viene sottoposto al controllo periodico del tampone?
9. Nelle ultime 3 settimane ha frequentato una struttura sanitaria dove sono o sono stati ricoverati pazienti con infezione da Covid-19 (SARS-CoV-2)?
10. Ha partecipato nelle ultime 3 settimane a incontri o riunioni o ha avuto stretti contatti con molte persone che non conosce?
11. Temperatura Misurata > 37,5 °C ?
12. Anche oggi né Lei né nessuno dei suoi familiari o conviventi ha sintomatologia simil-influenzale: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie, raffreddore, congiuntivite, diarrea, alterazione o perdita del senso dell'olfatto (anosmia), alterazione o perdita del senso del gusto (ageusia), spossatezza, cefalea, eruzioni cutanee (per bambini ed adolescenti), dolori muscolari diffusi?

Le ricordiamo che Lei ha i diritti previsti dalla vigente normativa sulla protezione dei dati ed in particolare di accedere ai dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o chiederne la limitazione d'uso. Qualora Lei ritenga che i Suoi diritti siano stati violati dal titolare ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali tramite la procedura indicata sul sito www.garanteprivacy.it. Per ogni informazione e per l'esercizio dei Suoi diritti può rivolgersi alla segreteria dello studio.

Firma del paziente o dell'avente diritto che compila il modulo _____