

Monitoraggio attivo per la rilevazione delle condizioni cliniche

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali, come disposizioni regionali attualmente in vigore, recepite da Procedura aziendale (PRO 07 09 Ed 2 Rev. 9 Prestazioni Ambulatoriali) è vincolata dalla compilazione per esteso del seguente modulo.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato nel rispetto della normativa emergenziale, nei limiti e nel rispetto dell'art. 17 bis della legge 24 Aprile 2020, n. 27.

L'Informativa completa sulla privacy è esposta presso il CUP.

NOME
COGNOME
ETA'
INDIRIZZO

Notizie anamnestiche			
Patologie pregresse			
Soffre di:			
Diabete? SI NO	Ipertensione? SI NO	Patologie polmonari? SI NO	
Patologie cardiache? SI NO	Infezioni? SI NO	Altro?	
Sintomi			
Nelle due settimane precedenti ha avvertito questi sintomi?			
Febbre?	SI	NO	
Tosse?	SI	NO	
Raffreddore?	SI	NO	
Difficoltà a respirare?	SI	NO	
Alterazione del gusto /olfatto, (non sente i sapori, non sente gli odori)?	SI	NO	
Congiuntivite?	SI	NO	
Diarrea?	SI	NO	
Stato di affaticamento?	SI	NO	
Se Sì/in che misura?	Pesante	Leggero	Come al solito
Dolori muscolari?	SI	NO	
Se Sì	Già presenti	Iniziati nelle ultime due settimane	

Varese li _____

Firma del paziente _____

Firma del Medico per presa visione _____