

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	Iipertensione? 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 SI in che misura?	Pesante	Leggero	Come al solito		
Dolori muscolari? SI NO					
Se SI	Già presenti	Iniziati nelle ultime due settimane			
Anamnesi COVID-correlata			SI	NO	NON SO
Negli ultimi 14 giorni è stato in contatto con Persone affette da COVID-19					
Negli ultimi 14 giorni è stato in contatto con Persone in quarantena					
Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio					
Ha avuto contatti con persone provenienti da aree a rischio					
Ha contratto la Malattia da COVID-19					
Se ha risposto SI, è in quarantena					
Se ha risposto SI, è guarito? (Data del tampone con esito negativo: _____)					
Test COVID-19:					
- Nessun test COVID-19 recente					
- Test COVID-19 negativo (Data: _____)					
- Test COVID-19 positivo (Data: _____)					
- In attesa di test COVID-19 (Data: _____)					
Ha effettuato la vaccinazione anti COVID-19?					
Se ha risposto SI, ha completato il ciclo vaccinale? Data: _____					
Se ha risposto SI, ha effettuato solo la prima dose? Data: _____					
NB: Solo per esame di Spirometria:					
Ha eseguito, 48/72 ore precedenti , un tampone molecolare con esito negativo (presentare il referto negativo)					

Varese li _____

Firma del paziente _____

Firma del Medico per presa visione _____