SCHEDA DI VALUTAZIONE PRE CORSO

INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO COVID-19

DATI PAZIENTE **T.C. =** **°C**

Cognome Nome

Data Nascita Luogo Di Nascita

Residenza Via N.

Comune Prov. Tel./Cell.

Numero dei conviventi

Dati interlocutore telefonico se diverso dal paziente

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DI PAZIENTE SINTOMATICO PER AFFEZIONI VIE RESPIRATORIE

Episodi febbrili – tosse – difficoltà respiratoria – perdita gusto e olfatto nei 14 giorni ?

❒ SI ❒ NO

SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO:

❒ SI ❒ NO ❒ NON NOTO SE SI SPECIFICARE PAESE _____

DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO_____

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti) ❒ SI ❒ NO

ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI) ❒ SI ❒ NO

CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITA' A RISCHIO ❒ SI ❒ NO

CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI ❒ SI ❒ NO

N.B. Per il contenimento di eventuali nuovi focolai di COVID-19 ogni discente per la "tracciabilità" in caso di contagio scoperto dopo il corso (necessità/obbligo di contattare il centro di formazione in caso sviluppi sintomi sospetti o il riscontro di positività al tampone fino a 14 giorni dopo il corso).

Informativa ai sensi del Regolamento UE/2016/679 in materia di tutela delle persone e del trattamento dei dati personali

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a, letta l'informativa relativa alla norma innanzi riportata, acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità del percorso formativo e delle attività della PROGETTO ASSISTENZA scs strettamente connesse e strumentali alla gestione dell' evento a carattere scientifico.

Luogo e data: _____ Firma _____