



Scheda:

**AUTOVALUTAZIONE UTENTI per l'accesso
alle strutture ospedaliere e territoriali
durante la Pandemia COVID-19**

Aggiornato
Ore 17.00
del 16/03/2022

Allegato 2
Area Tematica 4

Pag.
1 di 1

P.O.	<input type="checkbox"/> Chivasso	<input type="checkbox"/> Ciriè	<input type="checkbox"/> Cuorgnè	<input type="checkbox"/> Ivrea	<input type="checkbox"/> Lanzo
Sede territoriale di	Specificare:				
Dati utente	Cognome:	Nome:			
	Luogo di nascita:	Data di nascita: ____ / ____ / ____			
	Residente in via:	Comune di:	Provincia: ()		
	Telefono:				
AUTOVALUTAZIONE DEI CRITERI CLINICI ED EPIDEMIOLOGICI DEGLI ULTIMI 14 GIORNI COMPILAZIONE A CURA DELL'UTENTE (barrare la casella di interesse)					

NON ho presentato anche uno solo dei seguenti sintomi

- Febbre
- Tosse secca
- Respiro affannoso/difficoltà respiratorie
- Dolori muscolari diffusi
- Mal di testa
- Raffreddore
- Mal di gola
- Congiuntivite
- Diarrea
- Perdita del senso del gusto
- Perdita del senso dell'olfatto

NON ho avuto un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19)

NON ho avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19

NON sono stato sottoposto a regime di quarantena e non ho ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19, anche in relazione al rientro da viaggi in paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'articolo 49 del DPCM 2 marzo 2021

AUTOSORVEGLIANZA
COMPILAZIONE A CURA DELL'UTENTE
(barrare la casella di interesse)

<input type="checkbox"/> in atto o conclusa da meno di 5 giorni	<input type="checkbox"/> no	
Data autovalutazione ____ / ____ / ____	Richiamati gli articoli 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiero e falsità in atti, sotto la propria responsabilità dichiara la veridicità delle informazioni contenute nell'autodichiarazione	
Firma per esteso e leggibile dell'utente		
Esito autovalutazione. Compilazione a cura dell'operatore sanitario	<input type="checkbox"/> Autovalutazione contenente tutti i requisiti richiesti barrati: autorizzato l'accesso	
	Autovalutazione contenente uno o più dei requisiti richiesti NON BARRATI	<input type="checkbox"/> Valutata dal Clinico la differibilità della prestazione ed effettuata la riprogrammazione della prestazione
		<input type="checkbox"/> Valutata dal Clinico la non differibilità della prestazione ed inserimento nel percorso COVID o altro percorso definito nelle Strutture aziendali che permetta il trasferimento in sicurezza
	Autosorveglianza	<input type="checkbox"/> Se in atto o conclusa da meno di 5 giorni: autorizzato l'accesso con FFP2
	Firma per esteso e leggibile dell'operatore	

NOTE ORGANIZZATIVE:

La presente scheda:

- vale per l'intera giornata in cui viene compilata e deve seguire il percorso dell'utente
- dovrà essere inserita laddove presente nella cartella/documentazione dell'utente o archiviata secondo le modalità organizzative definite dalla Struttura che eroga la prestazione