Asl4 Sistema Sanitario Regione Liguria	**MODULO TRIAGE PRE VACCINAZIONE**	

DATA E ORA DELLA PREVISTA PRESTAZIONE: ……..……

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e nome …… CF ……..…

nato/a a ……...… Prov. ……..... il ….……/……..…/……..

residente in ……..…….. via ……..……..……

HA O HA AVUTO FEBBRE (>37,5°C) NEGLI ULTIMI 14 GIORNI?	[SI]	[NO]
HA DIFFICOLTÀ A RESPIRARE / AFFANNO NELLO SVOLGIMENTO DELLE NORMALI ATTIVITA' CHE FINO A 14 GIORNI FA NON AVEVA?	[SI]	[NO]
HA O HA AVUTO TOSSE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI?	[SI]	[NO]
HA O HA AVUTO DOLORI ARTICOLARI-MUSCOLARI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI?	[SI]	[NO]
HA O HA AVUTO DIARREA NEGLI ULTIMI 14 GIORNI?	[SI]	[NO]
HA O HA AVUTO DIFFICOLTA' A SENTIRE ODORI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI?	[SI]	[NO]
HA O HA AVUTO DIFFICOLTA' A SENTIRE IL GUSTO DEI CIBI NEGLI ULTIMI 14 GG?	[SI]	[NO]
HA AVUTO CONTATTI CON PERSONE POSITIVE AL CORONAVIRUS 19 O SOSPETTE?	[SI]	[NO]
E' STATO RICOVERATO IN OSPEDALE O ALTRA STRUTTURA NEGLI ULTIMI 14 GG?	[SI]	[NO]
E' O E' STATO AFFETTO DA COVID19?	[SI]	[NO]
NEL CASO SIA STATO POSTO IN QUARANTENA, QUANDO TERMINERA'?		
E' IN ATTESA DI FARE IL TAMPONE PER COVID19?	[SI]	[NO]

E' STATO SOTTOPOSTO A TAMPONI PER COVID19? [SI] [NO]

SE SI I TAMPONI SONO RISULTATI:

data 1° tampone:_____[pos]; [neg]; [in attesa di referto] data

2° tampone:_____[pos]; [neg]; [in attesa di referto] data

3° tampone:_____[pos]; [neg]; [in attesa di referto]

note:_____

DA COMPILARE A CURA DELL'OPERATORE AL MOMENTO DELL'ACCESSO:

TEMPERATURA CORPOREA RILEVATA: [] ≤37.5; [] >37.5

Il paziente indossa mascherina chirurgica? [SI]; [NO] (consegnata)

In caso di legale rappresentante:

[] esercente/i la responsabilità genitoriale (nel caso solo un genitore sottoscriva il modulo dichiara che per quanto a sua conoscenza l'altro genitore è consenziente ovvero nell'impossibilità di esprimere un valido consenso);
[] tutore;
[] amministratore di sostegno.

Sig./Sig.ra …… CF ……..……
nato/a a ……...… Prov. ……..... il ….……/……..…/……..
residente in ……..…….. via ……..……..……
verifica identità del legale rappresentante: documento …… n° ……..……
rilasciato da ……..…… il ……

Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'Asl 4, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i Suoi dati personali e quelli relativi al Suo stato di salute solo per finalità di prevenzione dal contagio Covid 19 e per la tutela della salute pubblica. La base giuridica del trattamento è rappresentata dal rispetto dell'obbligo di legge cui è tenuta l'Asl 4, in qualità di Titolare, ed in particolare, dalla normativa emergenziale in vigore per il contenimento della pandemia. Sui dati personali raccolti mediante il questionario che precede Lei potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento anche rivolgendosi al Responsabile Protezione Dati all'indirizzo dpo@asl4.liguria.it.
Qualora Lei ritenga che il trattamento dei Suoi dati avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Data_____Firma dell'interessato o del suo legale rappresentante_____

Firma dell'infermiere presente all'accettazione il giorno della prestazione:_____