

Dott.ssa Emanuela RAFFONI Tel./Fax 0652277102 Cell. 347 4000528 Via A. Barilatti, 48/50 - 00144 - Roma

QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI COVID-19

Informato del trattamento dei dati personali a norma del GDPR UE 679/2016 di cui alla specifica informativa visionata

-E' in quarantena? -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr provenienti da aree	9? o SI sopra ed è guarito, (tampone negativo?) ni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? ni ha auto contatti con persone in quarantena? ni ha effettuato viaggi in aree a rischio? ni ha avuto contatti con persone	SI SI SI SI	NO NO NO NO
-Ha avuto COVID-19 Se ha risposte -E' in quarantena? -Negli ultimi 14 giorr	o SI sopra ed è guarito, (tampone negativo?) ni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? ni ha auto contatti con persone in quarantena? ni ha effettuato viaggi in aree a rischio? ni ha avuto contatti con persone	SI SI SI	NO NO NO
-Ha avuto COVID-19 Se ha rispost -E' in quarantena? -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr provenienti da aree	o SI sopra ed è guarito, (tampone negativo?) ni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? ni ha auto contatti con persone in quarantena? ni ha effettuato viaggi in aree a rischio? ni ha avuto contatti con persone	SI SI SI	NO NO NO
Se ha risposti -E' in quarantena? -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr provenienti da aree	o SI sopra ed è guarito, (tampone negativo?) ni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? ni ha auto contatti con persone in quarantena? ni ha effettuato viaggi in aree a rischio? ni ha avuto contatti con persone	SI SI SI	NO NO NO
Se ha risposti -E' in quarantena? -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr provenienti da aree	o SI sopra ed è guarito, (tampone negativo?) ni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? ni ha auto contatti con persone in quarantena? ni ha effettuato viaggi in aree a rischio? ni ha avuto contatti con persone	SI SI SI	NO NO NO
-E' in quarantena? -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr provenienti da aree	ni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? ni ha auto contatti con persone in quarantena? ni ha effettuato viaggi in aree a rischio? ni ha avuto contatti con persone	SI SI SI	NO NO NO
-Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr provenienti da aree	ni ha auto contatti con persone in quarantena? ni ha effettuato viaggi in aree a rischio? ni ha avuto contatti con persone	SI SI	NO NO
-Negli ultimi 14 giorr-Negli ultimi 14 giorr-Negli ultimi 14 giorr-provenienti da aree	ni ha auto contatti con persone in quarantena? ni ha effettuato viaggi in aree a rischio? ni ha avuto contatti con persone	SI	NO
-Negli ultimi 14 giorr -Negli ultimi 14 giorr provenienti da aree	ni ha effettuato viaggi in aree a rischio?		
-Negli ultimi 14 giorr provenienti da aree	ni ha avuto contatti con persone	SI	NO
provenienti da aree	·		NO
provenienti da aree	·	SI	NO
-Negli ultimi 14 giorr	provenienti da aree a rischio?		NO
	ni ha avuto/ha uno di questi sintomi?		
o Tosse o Maless o Cefale o Congiu o Sangu o Vomito o Inappe o Confus o Perdita		S S S S S S S S S S S S S S S S S S S	NO NO NO NO NO NO NO NO NO
DATA	Firma del paziente/accompagnatore/genitore	e se mino	re

Autodichiarazione e consenso informato per trattamento medico in emergenza Covid-19

Il Covid 19 è un virus che colpisce principalmente le vie aeree e i polmoni. La via di trasmissione principale è quella aerea. La sopravvivenza del virus nell'aria è in via di studio.

Gentile Paziente.

Letto e compreso quanto precede

per ridurre al minimo il rischio di contrarre i Covid-19 le sarà richiesto di attenersi alle specifiche indicazioni che le saranno fornite dal personale odontoiatrico. Le facciamo anche presente che il nostro studio medico provvede alla costante disinfezione e sterilizzazione degli ambienti e degli strumenti, nonché degli adeguati sistemi di protezione individuale, così come stabilito alle raccomandazioni del Ministero della Salute.

A tali fini, come indicato nell'informativa sul trattamento dei dati personali esposti, le verranno chieste alcune informazioni necessarie per valutare il suo stato di salute e fatto compilare un questionario.

Questa informativa non sostituisce né modifica l'informativa resa a fini di consenso per le cure odontoiatriche, ma si riferisce soltanto al rischio di contrarre, tramite micro-goccioline salivari, il virus responsabile della Covid-19. Nel caso in cui il rischio di contagio nel Suo caso richiedesse una modifica del piano di cura già in essere, questo sarà specificato nell'informazione che Le sarà fornita per raccogliere il Suo consenso informato alle cure.

Ai sensi dell'art. 47, d.P.R. n. 445/2000 e sof	tto la mia responsabilità, io sottoscritto			
	(oppure in qualità di responsabile			
genitoriale del minore)			
dichiard	o che			
quanto indicato nel questionario sottoposton Allo stesso tempo impegnandomi a comunic di salute,	ni corrisponde al vero. care all'odontoiatra ogni variazione del mio stato			
presto il mio Consenso al trattamento medico in relazione al rischio sopra evidenziato di contagio Covid-19.				
Data	Firma			