

Autocertificazione per visite di diagnostica per immagini nello studio CID per la prevenzione del COVID-19

Il sottoscritto.....
Nato/a a..... il.....
Residente a via.....n°
Temperatura corporea.....

DICHIARA

CRITERIO 1

In questo momento ha febbre, tosse, difficoltà respiratoria di origine recente?	No	Sì
Sta respirando bene?	No	Sì
Ha avuto recentemente temperatura oltre 37°?	No	Sì
Ha avuto recentemente vomito e/o altri sintomi intestinali?	No	Sì
Ha avuto o ha congiuntivite?	No	Sì

CRITERIO 2

Ha viaggiato fuori della Sardegna nell'ultimo mese?	No	Sì
Se sì, dove ha viaggiato?		
Ha familiari rientrati in Sardegna da viaggi in Italia o dall'estero negli ultimi 20gg?	No	Sì
Se sì, da dove sono rientrati?.....		
Ha incontrato qualcuno di loro?	No	Sì
Si trova ora in stato di quarantena?	No	Sì
E' risultato positivo al coronavirus?	No	Sì
Ha avuto incontri ravvicinati (distanza inferiore a 2m)e per più di 15 minuti con casi probabili o confermati di Covid-19	No	Sì

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le suddette affermazioni corrispondono al vero.

Data e luogo..... Firma del paziente.....