



# OSPEDALE SAN PIETRO \* FATEBENEFRAELLI

Classificato con decreto del Medico Provinciale di Roma in data 30-3-1972, n.8- Roma-F-1241  
Via Cassia 600, 00189 Roma / Tel. 06. 33581 Fax 06 33251424

## MOD. 2. AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATORI SCIENTIFICI DEL FARMACO

### SCHEDA DI VALUTAZIONE INDAGINE RISCHIO BIOLOGICO / INFORMATORI SCIENTIFICI DEL FARMACO

*Fermo restando l'obbligo di ottemperare alle regole di accesso definite dall' Ospedale e di seguire le procedure di sicurezza previste dal Ministero della Salute*

- *indossare la mascherina,*
- *praticare di frequente l'igiene delle mani,*
- *mantenere la distanza di sicurezza di almeno un metro*

*si richiede alla SV di firmare la seguente autocertificazione*

NOME E COGNOME .....

NATO A ..... IL .....

RESIDENTE A ..... VIA .....

TELEFONO ..... AZIENDA .....

#### 1. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

- 1.1. Esposizione a casi accertati di COVID 19 negli ultimi 14 gg.....  SI..  NO
- 1.2. Esposizione a casi sospetti o ad alto rischio di COVID 19 negli ultimi 14 gg.....  SI..  NO
- 1.3. Contatti con familiari di casi accertati / sospetti negli ultimi 14 gg.....  SI..  NO
- 1.4. Contatti con persone rientrate da paese/località a rischio negli ultimi 14 gg.....  SI..  NO
- 1.5. Viaggi in paesi/località ad alto rischio COVID-19 negli ultimi 14 gg.....  SI..  NO
- 1.6. E' stato in isolamento fiduciario per COVID-19 o sospetto negli ultimi 14 gg.....  SI..  NO

#### 2. VALUTAZIONE CLINICA

- 2.1. Temperatura corporea superiore a 37,5°C .....  SI..  NO
- 2.2. Tosse / Raffreddore / Mal di gola .....  SI..  NO
- 2.3. Dispnea / Difficoltà respiratoria .....  SI..  NO
- 2.4. Recente alterazione del gusto e/o dell'olfatto... .....  SI..  NO
- 2.5. Diarrea / Vomito .....  SI..  NO

AGGIORNATO 4 ottobre 2020 LA



# OSPEDALE SAN PIETRO \* FATEBENEFRAELLI

Classificato con decreto del Medico Provinciale di Roma in data 30-3-1972, n.8- Roma-F-1241  
Via Cassia 600, 00189 Roma / Tel. 06. 33581 Fax 06 33251424

***In caso di risposta positiva (“SI”) anche ad una sola delle domande precedenti, dovrà rivolgersi al medico curante e dovrà richiamare per prendere un nuovo appuntamento.***

## **ESAMI COVID**

**Eseguito Tampone faringeo**..... SI.. NO .....**ESITO** .....  POSITIVO ... NEGATIVO

**Eseguito Test Sierologico**..... SI.. NO .....**ESITO** .....  POSITIVO ... NEGATIVO

Firma

Farmacista

-----

-----

**DATA COMPILAZIONE SCHEDA**

-----

## **COVID-19: AUTOCERTIFICAZIONE**

*I dati personali rilasciati in questo formulario saranno conservati per una durata massima di 30 giorni e, in assenza di segnalazioni, saranno eliminati. L’Ospedale San Pietro Fatebenefratelli si impegna con misure tecniche e organizzative a garantire la protezione dei dati contenuti nelle autocertificazioni.*

*La presente autocertificazione è da compilare per il giorno previsto per la visita; può essere compilata a domicilio, scaricandola dal sito <http://www.ospedalesanpietro.it> , oppure presso la Farmacia.*

AGGIORNATO 4 ottobre 2020 LA