



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. 3. AUTOCERTIFICAZIONE VISITATORI REPARTI DI DEGENZA

SCHEDE DI VALUTAZIONE INDAGINE RISCHIO BIOLOGICO / VISITATORI REPARTI DI DEGENZA
(Si ricorda e si ribadisce che in Ospedale si autorizza l'accesso di un solo visitatore (non interscambiabile)
per degente durante l'orario di visita

Fermo restando l'obbligo di ottemperare alle regole di accesso ai Ambulatori 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**

FAMILIARI DI.....

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 8 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 ALLONTANARSI DALL’OSPEDALE E RIVOLGERSI AL MEDICO CURANTE.**

ESAMI COVID

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

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

Firma Visitatore

Firma Operatori Sanitario

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 l’Accoglienza, all’Ingresso Principale o presso i reparti.

AGGIORNATO 8 ottobre 2020 LA