

NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA
E' IN QUARANTENA		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, data fine quarantena _____
1. AL MOMENTO È AFFETTO, O SOSPETTA DI ESSERE AFFETTO DA COVID-19		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
2. E' STATO, CHE LE SAPPIA, AFFETTO DA COVID-19? SE SÌ, È STATO DICHIARATO GUARITO CLINICAMENTE O CON TAMPONE?		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ, guarito clinicamente e con tampone negativo
3. HA AVUTO CONTATTI STRETTI CON SOGGETTI COVID19 POSITIVI NELLE ULTIME TRE SETTIMANE?		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
4. E' RIENTRATO DA UNO DEI PAESI A RISCHIO, COME INDIVIDUATI DAL MINISTERO, NEGLI ULTIMI 14 GIORNI?		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
5. HA EFFETTUATO IL TAMPONE NASOFARINGEO PER COVID-19?		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ, esito _____
6. HA SINTOMI RICONDUCEBILI A COVID-19		<input type="checkbox"/> Febbre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria <input type="checkbox"/> Congiuntivite <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Raffreddore <input type="checkbox"/> Mal di gola <input type="checkbox"/> Alterazione del gusto <input type="checkbox"/> Alterazione dell'olfatto <input type="checkbox"/> Spossatezza <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti) <input type="checkbox"/> Dolori muscolari diffusi
7. RISIEDA IN UNA DELLE AREE INDIVIDUATE COME CRITICA PER LA PRESENZA DELLE VARIANTI COVID-19		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

DATA ____/____/_____

FIRMA PAZIENTE _____

AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____, nato a _____,

il __/__/____, dichiara che:

- il proprio stato di salute è rimasto invariato rispetto all'ultimo accesso effettuato presso l'Istituto Stomatologico Italiano (in particolare di non essere affetto da COVID-19 o da sintomi riconducibili allo stesso)
- Di non aver avuto contatti stretti con pazienti COVID -19;
- Di non essere rientrato da Paesi a rischio, come individuati dal ministero, oppure di essere rientrato ma di essersi sottoposto a tampone nasofaringeo, come disposto dalla normativa vigente, con esito negativo.
- Di non risiedere in una delle aree individuate come critiche per la presenza delle varianti.

Data

____/____/____

In fede (firma per esteso)
