



RISCHIO COVID – 19: SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE
SUGGERITIVE RISCHIO COVID – 19
VALUTAZIONE ALL'INGRESSO NEL POLIAMBULATORIO

IL SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A IL _____ A _____

RESIDENTE IN _____, VIA _____

CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI A SEGUITO DI DICHIARAZIONI MENDACI
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
DICHIARA CHE

1. È STATO IN CONTATTO STRETTO CON CASI ACCERTATI (VIVI O DECEDUTI)
 SÌ NO
2. È STATO IN CONTATTO STRETTO CON CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI)
 SÌ NO
3. È STATO IN CONTATTO STRETTO CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO
 SÌ NO
4. È STATO IN CONTATTO STRETTO CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI
 SÌ NO
5. HA OMESSO DI MISURARE LA TEMPERTURA NEI 3 GIORNI PRECEDENTI LA VISITA/SEDUTA DI FISIOTERAPIA, COME DA RICHIESTA ALL'ATTO DELLA PRENOTAZIONE
 SÌ NO
6. LA MISURA DELLA TEMPERATURA EFFETTUATA SECONDO IL PUNTO 5. E' RISULTATA SUPERIORE A 37,5°C
 SÌ NO
7. HA TOSSE E RAFFREDDORE
 SÌ NO
8. E' SOTTOPOSTO ALLA MISURA DI QUARANTENA, O E' RISULTATO POSITIVO AL COVID-19, O HA UN CONGIUNTO SOTTOPOSTO ALLA QUARANTENA
 SÌ NO
9. È SOGGETTO AFFETTO DA IMMUNODEPRESSIONE CONGENITA O ACQUISITA, DA PATOLOGIE CRONICHE O MULTIMORBILITÀ
 SÌ NO

SI IMPEGNA INOLTRE A DARE COMUNICAZIONE IMMEDIATA AL CENTRO INTEGRA QUALORA UNA DELLE PRECEDENTI RISPOSTE DIVENGA POSITIVA

DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE
(o del genitore se minorenne)

Poliambulatorio privato
Centro Integra s.r.l.

Direttore Sanitario
Dott.ssa Simonetta Selva
Medico Chirurgo
Specialista in Fisioterapia e Medicina dello Sport
Medico esperto in Osteopatia

Via Emilia Levante, 59,
40139 Bologna (BO)
Telefono 051/6241801
Fax 051/6245441

e-mail: centrointegra@centrointegra.it
www.centrointegrapoliambulatorio.it

P.IVA e C.F. 02074081205
R.E.A. 411029 CCIAA Bologna
Capitale Sociale I.V. Euro 15.000