

SCHEDA DI TRIAGE OSPEDALIERO - EMERGENZA PANDEMIA DA COVID – 19
TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

 INTRAMOENIA: SI NO
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a Cognome <input style="width: 40%;" type="text"/>		Nome <input style="width: 40%;" type="text"/>	
Data Nascita <input style="width: 15%;" type="text"/>	Luogo di nascita <input style="width: 40%;" type="text"/>	CF: <input style="width: 35%;" type="text"/>	
Residenza in via <input style="width: 40%;" type="text"/>		n° <input style="width: 5%;" type="text"/>	Comune <input style="width: 30%;" type="text"/> prov. <input style="width: 10%;" type="text"/>
tel. / cell. <input style="width: 40%;" type="text"/>		mail <input style="width: 40%;" type="text"/>	

in qualità di *paziente* / *accompagnatore* / *soccorritore* / *visitatore* / *altro* (volontario, informatore, tecnico, etc) consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiara che i dati anagrafici sopra indicati nonché le informazioni poste di seguito, corrispondono al vero:

DATI ANAMNESTICI - Ha avuto negli ultimi 21 giorni uno o più di questi sintomi?				
1. FEBBRE >37,5°	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
2. TOSSE	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
3. DIFFICOLTA' RESPIRATORIE/DISPNEA	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
4. STANCHEZZA	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
5. MAL DI GOLA	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
6. MAL DI TESTA	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
7. DOLORI MUSCOLARI E/O ARTICOLARI	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
8. CONGESTIONE NASALE	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
9. NAUSEA	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
10. VOMITO	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
11. PERDITA DI OLFATTO O GUSTO	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
12. CONGIUNTIVITE	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
13. DIARREA	SI	NO	DA QUANDO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
HA ASSUNTO FARMACI ANTIPIRETTICI, ANTINFIAMMATORI O CHE POSSANO ATTENUARE/ELIMINARE I SINTOMI SOPRA NELLE ULTIME 48 ORE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
DATI EPIDEMIOLOGICI <i>da comunicare per quanto di propria conoscenza</i>				
ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI <input type="checkbox"/> / SOSPETTI <input type="checkbox"/> COVID-19	SI	NO		
CONTATTO CON FAMILIARI <input type="checkbox"/> / CONVIVENTI <input type="checkbox"/> DI CASI COVID	SI	NO		
CONTATTO CON FAMILIARI <input type="checkbox"/> / CONVIVENTI <input type="checkbox"/> CHE PRESENTANO O HANNO PRESENTATO NEGLI ULTIMI 21 GIORNI FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI	NO		
FREQUENZA NEGLI ULTIMI 21 GIORNI DI ALTRI LUOGHI DI CURA IN CUI SI SIANO VERIFICATI DEI CASI DI POSITIVITÀ	SI	NO		
HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI?	SI	NO		
Se sì, dove: <input type="checkbox"/> ITALIA Indicare la Regione: <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ESTERO Indicare la Nazione: <input style="width: 150px;" type="text"/>				

Dichiara di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo 2016/679 (GDPR).

Il/la sottoscritto/a si impegna a rispettare tutte le misure di prevenzione (igiene delle mani, uso di mascherina, distanziamento fisico), come meglio specificate anche nel **regolamento di accesso all'Ospedale** per tutta la permanenza negli spazi interni ed esterni dell'Ospedale.

Compilato il giorno ____ / ____ / ____ FIRMA leggibile del Dichiarante _____

Visto e firma dell'Operatore del triage _____ che rileva la TC di ____ °C

AGGIORNAMENTO DELLA SCHEDA DI TRIAGE

DATA	T.C.	SINTOMI	CONTATTI / note	FIRMA DICHIARANTE	FIRMA operatore triage
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
__/__/__	__ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Annotazioni:

**Informativa breve per la gestione degli ingressi Aziendali
ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR)**

L'Azienda Ospedaliero Brotzu (AOB), in qualità di Titolare del trattamento, fornisce la presente informativa semplificata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali.

L'AOB tratterà i suoi dati personali, compresi quelli appartenenti alle categorie particolari e relativi allo stato di salute (rilevazione della temperatura corporea) allo scopo di attuare l'attività di prevenzione e contenimento del contagio da COVID-19, la cui base giuridica è rappresentata dall'ottemperanza a obblighi di legge e per tutelare gli interessi vitali dell'interessato e della comunità.

Il trattamento dei Suoi dati presso l'AOB è effettuato con strumenti cartacei, automatizzati e informatici, protetti da adeguate misure di sicurezza.

I dati non saranno soggetti a diffusione o comunicazione al di fuori delle categorie di soggetti espressamente indicate dalla normativa, ad esempio qualora vengano richiesti da parte dell'Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali "contatti stretti" dei soggetti risultati positivi al COVID-19).

I dati saranno conservati fino al termine dello stato di emergenza. La conservazione per un periodo superiore è effettuata solo in caso di richiesta da parte della Pubblica Autorità e nel caso in cui ciò si renda necessario per l'esercizio di un diritto di difesa.

Per qualunque altra informazione e per l'esercizio dei diritti previsti dal GDPR, La invitiamo di prendere visione delle informative privacy, esposte sul sito istituzionale dell'AOB e all'interno dell'Azienda, in alternativa può contattare il Responsabile per la protezione dei dati personali (DPO) all'indirizzo email dpo@aob.it.

rev_1 del 02_09_2020