

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 Nome

Data Nascita Luogo di nascita CF:

Residenza in via n° Comune prov.

tel. / cell. mail

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	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
2. TOSSE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
3. DIFFICOLTA' RESPIRATORIE/DISPNEA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
4. STANCHEZZA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
5. MAL DI GOLA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
6. MAL DI TESTA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
7. DOLORI MUSCOLARI E/O ARTICOLARI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
8. CONGESTIONE NASALE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
9. NAUSEA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
10. VOMITO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
11. PERDITA DI OLFATTO O GUSTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
12. CONGIUNTIVITE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
13. DIARREA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>

HA ASSUNTO FARMACI ANTIPIRETTICI, ANTINFIAMMATORI O CHE POSSANO ATTENUARE/ELIMINARE I SINTOMI SOPRA NELLE ULTIME 48 ORE
SI NO

DATI EPIDEMIOLOGICI *da comunicare per quanto di propria conoscenza*

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI <input type="checkbox"/> / SOSPETTI <input type="checkbox"/> COVID-19	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CONTATTO CON FAMILIARI <input type="checkbox"/> / CONVIVENTI <input type="checkbox"/> DI CASI COVID	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CONTATTO CON FAMILIARI <input type="checkbox"/> / CONVIVENTI <input type="checkbox"/> CHE PRESENTANO O HANNO PRESENTATO NEGLI ULTIMI 21 GIORNI FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
FREQUENZA NEGLI ULTIMI 21 GIORNI DI ALTRI LUOGHI DI CURA IN CUI SI SIANO VERIFICATI DEI CASI DI POSITIVITÀ	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Se sì, dove: ITALIA Indicare la Regione:
 ESTERO Indicare la Nazione:

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