

**Nel caso di risposta affermativa ad almeno una delle condizioni elencate, che ricorrano negli ultimi 14 giorni, riprogrammare la prestazione**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rispondere alle domande barrando la casella corrispondente:

**NEGLI ULTIMI 14 GIORNI RIFERISCE DI:**

Avere avuto febbre, difficoltà respiratoria, congiuntivite, forte debolezza muscolare, diarrea, sindrome influenzale, forte perdita di gusto e/o olfatto  SI  NO

Essere stato in quarantena o in isolamento fiduciario  SI  NO

Essere stato a contatto stretto, ovvero ravvicinato/prolungato/ripetuto, in assenza di DPI, con caso confermato o sospetto do COVID-19 in ambito familiare, lavorativo e sociale  SI  NO

**Informativa integrativa breve circa il trattamento dei dati personali ex Art. 13 del Regolamento 2016/679 (GDPR) relativa alle misure per il contenimento del Covid-19**

(Informativa completa esposta e pubblicata sul sito: <https://www.affidea.it/affidea/affidea-area-istituzionale/protezione-dei-dati/>)

Affidea, che si riferisce a tutte le strutture sanitarie\* ad essa afferenti, procederà al trattamento dei dati personali e particolari necessari ad attuare le misure previste dai Protocolli anti-contagio contro il Covid-19 a tutela della salute dei pazienti e degli operatori. I trattamenti sono legittimamente effettuati a cura del personale specificatamente autorizzato in quanto necessari ad attuare i protocolli anti contagio contro il Covid-19. I suddetti potranno essere condivisi con le Autorità Sanitarie per la ricostruzione della filiera dei “contatti stretti”.

L’interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dal GDPR contattando il DPO: tel. 028839361 o [dpo.it@affidea.it](mailto:dpo.it@affidea.it). I dati saranno conservati fino al termine dell’emergenza e successivamente distrutti. I dettagli circa i trattamenti di dati relativi all’esecuzione della prestazione sanitaria (ivi compresi i diritti dell’interessato) sono indicati nell’Informativa Pazienti che il suddetto riceverà a seguito del Triage.

(\*Dettaglio delle strutture: <https://www.affidea.it/i-centri/>)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_

Firma utente: \_\_\_\_\_

<b>Riservato al personale del triage:</b>	Conferma FEBBRE ( > 37.5 )	SI	NO
	Accesso consentito al paziente:	SI	NO
<b>SIGLA OPERATORE</b> _____			

*Ritagliare e consegnare al paziente il tagliando firmato e timbrato per i successivi controlli:*

**Si prega di esibire il presente tagliando qualora richiesto dal personale della struttura.**

Tale dichiarazione ha **una validità di 7 giorni** dalla data di compilazione della scheda triage Covid-19 e comporterà la sola misurazione della temperatura corporea.

In caso di variazione delle condizioni dichiarate, verificatosi nei 7 giorni, si prega di darne comunicazione al personale preposto all’ingresso della struttura.

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma operatore: \_\_\_\_\_

(Timbro della struttura)

Firma Utente: \_\_\_\_\_