

## Procedura aziendale straordinaria per Emergenza Coronavirus per pazienti

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

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

in ingresso al Centro Medico Privato Lazzaro Spallanzani S.r.l. per

- prestazione ambulatoriale
- prestazioni chirurgiche / ricovero
- prestazione odontoiatrica

**Dichiara**, sotto la propria responsabilità

- ✓ di non aver attraversato o soggiornato dal 01.02.2020 alla data odierna in Cina, Sud Corea ed Iran
- ✓ di non aver avuto contatti stretti o diretti con casi sospetti o confermati di COVID-19 negli ultimi quattordici (14) giorni almeno
- ✓ di non avere, al momento attuale, sintomi sospetti per infezione da COVID-19 (insorgenza negli ultimi
- ✓ giorni di **uno o più** dei seguenti sintomi: febbre >37.5°, tosse, mal di gola, manifestazioni respiratorie o simil influenzali)
- ✓ di sottoporsi consapevolmente alla rilevazione della temperatura corporea a mezzo personale Vs. incaricato
- ✓ di essere informato sulle raccomandazioni generali per la popolazione, diramate dal Ministero e presenti
- ✓ nel materiale informativo affisso nei luoghi comuni di questa struttura. (Per individuare il materiale informativo far riferimento al personale di reception o di sportello nella nostra struttura)

\_\_\_\_\_

Per le persone che usufruiscono delle prestazioni chirurgiche/ricovero - odontoiatriche

- ✓ **Dichiara** che non sono variate le condizioni di salute generale (malattie e/o terapie) rispetto il momento dell'analisi pre-chirurgica

Firma

\_\_\_\_\_

*Il DPCM è disponibile in visione presso gli sportelli e la reception.*