Plaza

TCM TERME COLLI MARKETING

CENTRO STUDI TERMALI VENETO
PIETRO D'ABANO

AUTOCERTIFICAZIONE DELL'OSPITE IN MERITO A SINTOMI CORRELABILI A COVID 19

COGNOME_____ NOME_____

DATA DI NASCITA ____/____/_____ LUOGO DI NASCITA_____(___)

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DELL'OSPITE PER AFFEZIONI VIE RESPIRATORIE

PRESENZA DI AFFEZIONI ALLE VIE RESPIRATORIE (Tosse, febbre, congiuntivite, rinite, mal di gola etc.)	☐ SI	☐ NO	
SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO	☐ SI PAESE_____ PARTENZA DALLA ZONA RISCHIO __/__/____	☐ NO	☐ NON NOTO
ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (VIVI O DECEDUTI)	☐ SI	☐ NO	
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI)	☐ SI	☐ NO	
CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/ZONE A RISCHIO	☐ SI	☐ NO	
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI	☐ SI	☐ NO	
Se risposto si ad uno dei precedenti, contattare il 118 o procedere a valutazione clinica			

TEMPERATURA RILEVATA ≤ 37.5 ☐ SI ☐ NO DATA____/____/____

FIRMA_____