



CENTRO HERCOLANI S.R.L.
SOTTO L'ALTO PATRONATO DEL S.M. ORDINE DI MALTA
SISTEMA QUALITA' CERTIFICATO UNI EN ISO 9001:2015
ACCREDITAMENTO S.S.R.
VIA M. D'AZEGLIO, 46
40123 BOLOGNA

MSQ 7.5.1.04.12
REV 1 DEL 13/10/2020

DATA DI COMPILAZIONE _____

Triage Covid 19

DATI PAZIENTE

Cognome	Nome	
Data Nascita	Luogo Di Nascita	
Residenza Via	N.	
Comune	Prov.	Tel./Cell.

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole della perseguibilità di eventuali dichiarazioni mendaci, quanto segue:

- **L' assenza dei seguenti sintomi:**
 - ✓ Temperatura corporea superiore a 37.5°C
 - ✓ Tosse
 - ✓ Malattia respiratoria acuta in atto
- **Di non aver avuto contatti a rischio con Casi accertati o sospetti di Covid 19**
- **Di non essere sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale**
- **Di non essere risultato positivo al tampone per l'individuazione del virus SARS-COV 2**

FIRMA

Consegnare la scheda compilata all'operatore sanitario di riferimento prima dell'effettuazione della prestazione.
Grazie per la collaborazione