



## Autocertificazione

- Per la visita di un paziente degente  
 Per l'accompagnamento di un paziente degente o ambulatoriale

Il sottoscritto:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

luogo \_\_\_\_\_

accompagna/visita il/la paziente: \_\_\_\_\_

e dichiara che negli ultimi **10 giorni**:

- ha soggiornato o è transitato in una delle nazioni contenuta nell'elenco degli Stati e delle regioni con rischio elevato di contagio allegata all' Ordinanza sui provvedimenti per combattere il coronavirus (COVID-19) nel settore del traffico internazionale viaggiatori  Sì  No
- ha avuto sintomi di una malattia acuta delle vie respiratorie (**mal di gola, tosse perlopiù secca, affanno, dolori al petto**)  Sì  No
- ha avuto febbre  Sì  No
- ha avuto perdita improvvisa dell'olfatto  Sì  No
- ha avuto perdita improvvisa del gusto  Sì  No
- ha avuto mal di testa  Sì  No
- ha provato malessere, debolezza generale  Sì  No
- ha avuto dolori muscolari  Sì  No
- ha avuto il raffreddore  Sì  No
- ha avuto sintomi gastrointestinali (**nausea, vomito, diarrea, mal di pancia**)  Sì  No
- ha avuto eruzioni cutanee  Sì  No
- è stato posto in quarantena dall'autorità competente  Sì  No

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

---

Parte riservata al personale della Clinica

Data entrata \_\_\_\_\_ Ora entrata \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ Ora uscita \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

23.11.2020, vers. 4