
Autocertificazione per pazienti ambulatoriali e accompagnatori

Gentile Paziente,

malgrado il rispetto scrupoloso delle norme di igiene e sicurezza non è possibile escludere l'eventualità, anche se molto remota, dell'insorgenza di nuove infezioni da COVID-19 all'interno delle strutture sanitarie.

In tal senso, coerentemente alle direttive dell'Ufficio del Medico Cantonale, le strutture sanitarie sono tenute a tenere traccia delle persone che accedono alla struttura, per poterle immediatamente avvertire in caso di una loro eventuale esposizione accidentale al virus.

I dati personali rilasciati in questo formulario saranno conservati per una durata massima di 14 giorni e, in assenza di segnalazioni, saranno eliminati. L'EOC si impegna con misure tecniche e organizzative a garantire la protezione dei dati contenuti nelle autocertificazioni.

La presente autocertificazione è da compilare per il giorno previsto per la visita ambulatoriale; può essere compilata a domicilio, scaricandola dal sito www.eoc.ch, oppure all'entrata dell'ospedale.

Il/la sottoscritto/a:

NOME _____

COGNOME _____

Recapito telefonico (in caso di necessità di essere contattato): _____

Si reca oggi all'interno della struttura ospedaliera per una visita / consulto / esame ambulatoriale.

È accompagnato da:

NOME: _____

COGNOME: _____

Recapito telefonico (in caso di necessità di essere contattato): _____

Con la sua firma dichiara di:

1. Non presentare o non aver presentato nelle ultime 48 ore sintomi di infezione delle vie respiratorie e in particolare: febbre, tosse, mal di gola, raffreddore, perdita del gusto e/o dell'olfatto.
2. Non avere avuto contatto negli ultimi 14 giorni con persone affette da COVID 19.
3. Non avere visitato, transitato o soggiornato negli ultimi 10 giorni in un paese considerato a rischio dalla Confederazione svizzera.
4. Non essere sottoposto a quarantena obbligatoria a domicilio e/o che non sussistono ragioni per cui Lei dovrebbe annunciarsi all'Ufficio del Medico cantonale per essere sottoposto a quarantena, esempio:
 - contatti con persone affette da COVID;
 - rientro da paesi a rischio secondo la lista definita a livello federale.
5. Impegnarsi a comunicare al segretariato del reparto/servizio dove è erogata la prestazione l'insorgenza di eventuali sintomi come sopra, nelle 48 ore successive alla sua visita in ospedale.

Luogo: _____

Data: _____

Firma paziente: _____

Firma accompagnatore: _____