

AUTODICHIARAZIONE PER VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, INTERVENTI PARACHIRURGICI E CHIRURGICI NECESSARI E NON DIFFERIBILI IN SITUAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA PER CORONAVIRUS - COVID-19

GENTILE PAZIENTE O TUTORI DEL MINORE,

IN QUESTA SITUAZIONE DI EMERGENZA SOCIO-SANITARIA, NEL RISPETTO DEL RAPPORTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA TRA MEDICO E PAZIENTE, APPLICATE TUTTE LE NECESSARIE PRECAUZIONI IGIENICHE E DI DISTANZIAMENTO

In particolare: le necessarie azioni inerenti l'igiene degli ambienti e delle superfici, il distanziamento sociale negli Ambulatori di visita, nelle Sale Operatorie, la limitazione stretta degli accompagnatori (massimo uno), l'osservanza di tutte le norme igienico-sanitarie degli operatori sanitari, parasanitari e dei collaboratori, comprendenti l'utilizzo di guanti monouso per il personale della struttura, mascherine chirurgiche per tutti, igiene delle mani mediante lavaggio e disinfezione con gel alcolici o a base di ipoclorito di sodio, disinfezione degli strumenti.

VENGONO EFFETTUATE LE PRESTAZIONI SANITARIE (VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, INTERVENTI PARACHIRURGICI E CHIRURGICI) NECESSARI E NON DIFFERIBILI IN AMBITO SPECIALISTICO, VAGLIATI MEDIANTE " CONTATTO TELEFONICO TRA MEDICO OCULISTA E PAZIENTE

IL PAZIENTE CHE NECESSITI DI UNA PRESTAZIONE MEDICO-CHIRURGICA OFTALMOLOGICA, CONSAPEVOLE DELLA EMERGENZA COVID-19 E DEI RISCHI GENERALI DI CONTAGIO, AI SENSI DELLA LEGGE E DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

DICHIARA

Il

Sottoscritto.....

Nato a..... **il**.....

Residente nel comune di..... **via**.....**n°**.....

Telefono.....

- 1. di acconsentire alla visita medica specialistica ed eventualmente alla prestazione para-chirurgica o chirurgica indicata e considerata necessaria**
- 2. di essere in transito da**
- 3. di non avere avuto nelle 3 settimane precedenti la prestazione sanitaria raffreddore, febbre, tosse ed altri sintomi respiratori tra cui mal di gola, dispnea a riposo e sotto sforzo**
- 4. di non aver avuto diarrea, vomito e disturbi gastro-intestinali nelle 2 settimane precedenti la prestazione.**
- 5. di non essere risultato positivo al corona virus**
- 6. di non trovarsi nello stato di quarantena obbligatoria**
- 7. di non essere stato in contatto con soggetti aventi le caratteristiche di cui ai punti 3 e 4 della presente autodichiarazione.**

Il Paziente/Dichiarante/Tutore.....

L'accettante Medico/Collaboratore.....

Luogo..... Data.....