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……