



## Poliambulatorio Medico MEDISOL

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Federico Basilio

Medico Chirurgo - Specialista in Oftalmologia

D.I.A. protocollo del 25-06-2015 n° 0050032 Asl MI 1

Via Cavour, 16 - 20020 Solaro MI

Tel.: 02-39521572 Mail: [segreteria@ambulatoriomedisol.it](mailto:segreteria@ambulatoriomedisol.it)

### **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, VENGONO EFFETTUATE LE PRESTAZIONI SANITARIE (VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, INTERVENTI PARACHIRURGICI E CHIRURGICI) NECESSARI E NON DIFFERIBILI IN AMBITO SPECIALISTICO, VAGLIATI MEDIANTE "CONTATTO TELEFONICO".

In particolare in Ambulatorio vengono garantite: le necessarie azioni inerenti l'igiene degli ambienti e delle superfici (sanificazioni mediante Ozono, secondo protocollo Ministero della Sanità n.24482 del 31.07.1996), il distanziamento sociale negli Ambulatori di visita, nelle Sale Operatorie, la limitazione stretta degli accompagnatori che devono attendere fuori dall'Ambulatorio, l'osservanza di tutte le norme igienico-sanitarie degli operatori sanitari, parasanitari e dei collaboratori (comprendenti l'utilizzo di guanti monouso, mascherine chirurgiche e FFP2, igiene delle mani mediante lavaggio e disinfezione con gel alcolici o a base di ipoclorito di sodio, disinfezione degli strumenti).

**IL PAZIENTE CHE NECESSITI DI UNA PRESTAZIONE MEDICO-CHIRURGICA SPECIALISTICA, 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 per .....**
- 2. di essere in transito da .....**
- 3. di non avere avuto nelle 3 settimane precedenti la prestazione sanitaria raffreddore, febbre/temperatura corporea superiore ai 37,5°C, cefalea, tosse ed altri sintomi respiratori tra cui mal di gola, anosmia (non sentire odori), ageusia (non sentire sapori), dispnea a riposo e sotto sforzo**
- 4. di non aver avuto diarrea, vomito e disturbi gastro-intestinali nelle 3 settimane precedenti la prestazione.**
- 5. di non essere risultato positivo alla ricerca di Covid19**
- 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, nelle 3 settimane precedenti la prestazione o positivi alla ricerca di Covid19.**
- 8. di presentare temperatura corporea misurata all'ingresso del Poliambulatorio Medisol: ..... °C**
- 9. di aver indossato all'ingresso del Poliambulatorio Medisol calzari protettivi, mascherina a proteggere naso e bocca e di aver disinfettato le mani con gel a base idro-alcoolica**

**Il Paziente/Dichiarante/Tutore.....**

**L'accettante Medico/Collaboratore.....**

**Luogo..... Data.....**