



Centro Oculistico Sardo

AUTODICHIARAZIONE PER VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE, INTERVENTI PARACHIRURGICI E CHIRURGICI NECESSARI E NON DIFFERIBILI IN SITUAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA PER SARS-COV-2

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) 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

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 SARS-COV-2

6. di non trovarsi nello stato di quarantena obbligatoria

7. di non essere stato in contatto con soggetti positivi al SARS-COV-2 o sottoposti a quarantena obbligatoria.

Il Paziente/Dichiarante/Tutore.....

L'accettante Medico/Collaboratore.....

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