

---

## Autocertificazione per pazienti ambulatoriali e accompagnatori (ambiti acuto, riabilitativo e RAMI)

---

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.

Nella sua direttiva del 20 novembre 2020 l'Ufficio del Medico Cantonale stabilisce le modalità di visita all'interno delle strutture sanitarie, definendo anche l'obbligatorietà dell'allestimento - da parte del visitatore - di un'autocertificazione con l'obiettivo di attestarne lo stato di salute e di permettere alla struttura sanitaria di contattarlo tempestivamente in caso di 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; può essere compilata a domicilio, scaricandola dal sito [www.eoc.ch](http://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 le firme il paziente e l'accompagnatore dichiarano di:

1. Non presentare sintomi compatibili con la COVID-19: infezione acuta delle vie respiratorie (tosse, mal di gola, affanno, dolore toracico, ...) e/o febbre e/o improvvisa perdita dell'olfatto e/o del gusto, e/o confusione acuta o deterioramento delle condizioni, e/o dolori muscolari, mal di testa, debolezza generale, sintomi gastrointestinali eruzioni cutanee.
2. Non avere soggiornato negli ultimi 14 giorni in un paese considerato a rischio dalla Confederazione svizzera.
3. Non essere sottoposto a isolamento o 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.

Inoltre, con la sua firma, l'accompagnatore dichiara di essere in possesso di un Certificato COVID o attestazione di test PCR o antigenico negativo (effettuato nelle 48 ore precedenti l'ingresso in struttura).

Apponendo la firma alla presente autocertificazione, il visitatore conferma l'esattezza delle indicazioni fornite e si dichiara disposto a comprovarle su richiesta. Il visitatore è reso attento che la falsa indicazione potrebbe costituire una violazione delle disposizioni cantonali e ogni altra disposizione applicabile in materia di disposizioni COVID e Legge epidemie. Colei/colui che dichiara il falso è passibile di una segnalazione all'autorità competente.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma paziente: \_\_\_\_\_ Firma accompagnatore: \_\_\_\_\_