
Autocertificazione per pazienti ambulatoriali e accompagnatori

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.

In tal senso, coerentemente alle direttive dell'Ufficio del Medico Cantonale, le strutture sanitarie sono tenute a tenere traccia delle persone che accedono alla struttura, per poterle immediatamente avvertire in caso di una loro eventuale esposizione accidentale al virus.

I dati personali rilasciati in questo formulario saranno conservati per una durata massima di 10 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 ambulatoriale; può essere compilata a domicilio, scaricandola dal sito 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 la sua firma dichiara di:

1. Non presentare o non aver presentato nelle ultime 48 ore sintomi di infezione delle vie respiratorie e in particolare: febbre, tosse, mal di gola, raffreddore, perdita del gusto e/o dell'olfatto.
2. Non avere avuto contatto negli ultimi 10 giorni con persone affette da COVID-19 (eccezione operatori sanitari, con contatto protetto con persone COVID-19).
3. Non avere soggiornato negli ultimi 10 giorni in un paese considerato a rischio dalla Confederazione svizzera.
4. Non avere soggiornato negli ultimi 14 giorni in Inghilterra o in Sudafrica.
5. Non essere sottoposto a 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.
6. Impegnarsi a comunicare al segretariato del reparto/servizio dove è erogata la prestazione l'insorgenza di eventuali sintomi come sopra, nelle 48 ore successive alla sua visita in ospedale.

Apponendo la firma alla presente autocertificazione, il paziente (e l'accompagnatore) confermano l'esattezza delle indicazioni fornite e si dichiarano disposti a comprovarle su richiesta. Il paziente (e l'accompagnatore) sono resi attenti 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: _____
(In caso di paziente o accompagnatore con meno di 18 anni: nome, cognome e firma del rappresentante legale)