

**CENTRO ODONTOIATRICO MEZZERA****QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI**

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

-Ha avuto COVID 19? SI NO

-Se la risposta è SI ed è guarito, (tampone negativo?) SI NO

-E' in quarantena? SI NO

-Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO

-Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO

-Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio? SI NO

-Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone provenienti da aree a rischio? SI NO

-Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

- |  |       |
|--|-------|
| • Febbre/febbricola                    | SI NO |
| • Tosse e/o difficoltà respiratorie    | SI NO |
| • Malessere, astenia                   | SI NO |
| • Cefalea                              | SI NO |
| • Congiuntivite                        | SI NO |
| • Sangue da naso/bocca                 | SI NO |
| • Vomito e/o diarrea                   | SI NO |
| • Inappetenza/anoressia                | SI NO |
| • Confusione/vertigini                 | SI NO |
| • Perdita/alterazione dell'olfatto     | SI NO |
| • Perdita di peso                      | SI NO |
| • Disturbi dell' olfatto e o del gusto | SI NO |

DATA \_\_\_\_\_

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore

\_\_\_\_\_



## CENTRO ODONTOIATRICO MEZZERA

### QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI

Gentile Paziente,

questa informazione è relativa alle cautele necessarie per ridurre al minimo il rischio di contrarre la Covid-19 (malattia da nuovo Coronavirus). A questo fine Le sarà richiesto di attenersi alle specifiche indicazioni che Le saranno fornite dal personale dello studio odontoiatrico circa i nuovi percorsi e procedure messe in atto per minimizzare il rischio di contagio. Le saranno inoltre richieste delle informazioni aggiuntive rispetto alle normali domande riguardanti il Suo stato di salute. Tali informazioni sono tutte raccolte per individuare il migliore percorso di cure per il Suo caso specifico. Tutti i Suoi dati personali saranno trattati nel rispetto delle norme sulla tutela della riservatezza (D.Lgs. 196/2003 e succ. modificazioni).

#### INFORMAZIONE

La COVID-19 è causata da un nuovo virus che colpisce principalmente le vie aeree ed i polmoni. Si tratta di una malattia solo parzialmente conosciuta, che varia da quadri di pazienti asintomatici fino a gradi di estrema gravità, così come la condizione di positività al virus può essere non nota in alcuni soggetti. La via di trasmissione principale è quella aerea attraverso le goccioline di fluidi, tra cui la saliva, emessi dal soggetto infetto. La sopravvivenza del virus nell'aria è in via di studio, mentre esistono studi attendibili sulla efficacia dei comuni disinfettanti e sistemi di sterilizzazione per eliminare il virus dalle superfici, strumentario e quant'altro utilizzato nelle strutture sanitarie tra cui gli studi odontoiatrici.

Le procedure di disinfezione e sterilizzazione dei locali e della strumentazione, l'utilizzazione di sistemi di protezione individuale da parte degli operatori sanitari operanti nella struttura, nonchè la sorveglianza sanitaria dei medesimi operatori (personale medico, igienista dentale, assistenti) vengono costantemente adeguati alle raccomandazioni rilasciate dal Ministero della Salute. Il personale afferente a questa struttura si mantiene costantemente aggiornato sull'andamento della pandemia COVID-19 e sulle più efficaci misure per il contenimento del rischio di contagio. Il medico-odontoiatra deve valutare il Suo caso in considerazione della terapia odontoiatrica di cui necessita e delle Sue attuali condizioni di salute generale. **E' pertanto determinante che il paziente riferisca tempestivamente al medico-odontoiatra ogni variazione dello stato di salute, sintomatologia o terapia farmacologica che intervenga prima, durante o dopo il ciclo di terapie o la singola seduta odontoiatrica.**

Questa informativa non sostituisce né modifica l'informativa resa a fini di consenso per le cure odontoiatriche, ma si riferisce soltanto al rischio di contrarre, tramite micro-goccioline salivari, il virus responsabile della Covid-19. Nel caso in cui il rischio di contagio nel Suo caso richiedesse una modifica del piano di cura già in essere, questo sarà specificato nell'informazione che Le sarà fornita per raccogliere il Suo consenso informato alle cure.

#### CONSENSO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ confermando di aver adeguatamente ed attentamente risposto ai questionari che mi sono stati sottoposti, di volermi attenere alle indicazioni ricevute per l'accesso alle sale operative, impegnandomi a comunicare all'odontoiatra ogni variazione del mio stato di salute, dichiaro di aver compreso l'informativa sopra riportata in merito al rischio di contagio della Covid-19.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER I GENITORI DI FIGLI MINORENNI:

Autorizzo mio figlio/a \_\_\_\_\_ a sottoporsi alle cure odontoiatriche proposte dal CENTRO ODONTOIATRICO MEZZERA.

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_