

CERTIFICATO PER TRIAGE DI AMMISSIONE A STRUTTURE RESIDENZIALI

Il sottoscritto, in qualità di Medico Curante del Sig./ra _____ nato/a il _____,

CERTIFICA

— che il/la paziente attualmente presenta sintomi riferibili a patologia infettiva (diarrea, prurito, febbre, ecc.):

NO

SI (specificare): _____

— che il/la paziente negli ultimi 14 giorni dalla data odierna: **1) non è stato/a a contatto stretto di un caso confermato o probabile di SARS-CoV-2, 2) non è stato/a in aree con sospetta o certa trasmissione comunitaria (diffusa o locale), 3) non presenta sintomi e non si trova in alcuno dei casi indicati dall'allegato 1 all'allegato A dell'Ordinanza della Regione Veneto n. 61 del 22/06/2020¹.**

Data _____

Il Medico Curante

Da compilare il giorno prima dell'effettivo ingresso

Il sottoscritto, in qualità di Medico Curante del Sig./ra _____ nato/a il _____,

CERTIFICA

— che il/la paziente è stato/a sottoposto/a a tampone rino-faringeo per COVID-19 in data _____ il cui esito è risultato **NEGATIVO**,

— che il/la paziente non presenta sintomi e non si trova in alcuno dei casi indicati dall'allegato 1 all'allegato A dell'Ordinanza della Regione Veneto n. 61 del 22/06/2020.

Data _____

Il Medico Curante

¹ "Emergenza COVID-19 Fase 3: Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale".