**CERTIFICAZIONE MEDICA PER COVID-19 PER INSERIMENTO IN STRUTTURA**

**REVISIONE 4**

Io sottoscritto dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Cognome del paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dopo aver visitato il paziente, certifico quanto segue:

□Che il paziente non ha attualmente febbre o sintomi respiratori o altri sintomi riconducibili al covid-19;

□Che il paziente non è venuto recentemente in contatto con casi accertati o sospetti di covid- 19 (ultime due settimane);

□ Che il paziente ha superato la malattia da Covid 19 , se si quando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Se la risposta alla domanda precedente è si, è già stato sottoposto all’esame sierologico quantitativo per covid -19 per valutare il livello della immunità (IgM/IgG) , se si data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(referto da allegare alla documentazione per l’ingresso);

□Che il paziente ha eseguito esame molecolare per covid-19 (tampone) in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con esito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’ingresso ;

□Che il paziente è stato vaccinato contro il Covid 19 con tre dosi in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prima dose e in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la seconda dose , con il vaccino (tipo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la dose booster , con il vaccino (tipo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la seconda dose booster, con il vaccino (tipo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□Che il paziente non è stato vaccinato contro covid 19 ma ha la prenotazione nelle seguenti date

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prima dose e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la seconda dose in sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in località

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma per esteso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Nota: è necessario che la certificazione venga compilata prima dell’ingresso in struttura e inoltrata tramite mail ai seguenti indirizzi:***

a.popovic@donorionesanremo.org (Direttore Sanitario)

 s.busnelli@donorionesanremo.org (Assistente Sociale)

segreteria@donorionesanremo.org (Front Office)

Il tampone richiesto nella certificazione deve essere eseguito 48 ore prima dell’ingresso in struttura così come indicato nella delibera 185 del 21/05/2020 di ALISA. L’ingresso sarà confermato solo nel caso di esito negativo.

Si comunica che in ogni caso il paziente entrerà nella zona buffer per almeno 8 giorni dopodichè sarà eseguito il secondo tampone prima di collocare il paziente nel reparto di destinazione.

Si ringrazia per la collaborazione. Si resta a disposizione per qualsiasi chiarimento al telefono 0184/598534 o ai seguenti cell. 3476452313 (Assistente sociale ) e 3427369743 (dott.ssa Ana Popovic, Direttore Sanitario) .

La Direzione Sanitaria