

Dott.ssa Margherita Minini
Specialista in Medicina del lavoro
c/o Medicina & Lavoro srl
Via M. Buonarroti, 50
20093 Cologno Monzese (MI)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO POST INFEZIONE DA COVID 19

Data compilazione: ___ / ___ / _____

| | |
|----------------------------------|-----------|
| LAVORATORE (nome cognome) | |
| Nato/a il ___ / ___ / _____ | a _____ |
| Domicilio: | |
| Azienda: | Mansione: |
| Telefono: | Mail: |

Sei stato in malattia recentemente: **(SI/NO)** _____ Se si quando? _____

Sei o sei stato in isolamento fiduciario: **(SI/NO)** Se si per quale motivo:

- Tua patologia COVID-19 correlata, accertata o sospetta?
- Contatto stretto di positivo al COVID-19?
- Altro _____

Verifica condizioni sanitarie in relazione a infezione da Covid19:

Ha eseguito TAMPONI? SI NO

Ha eseguito TAMPONI con esito **POSITIVO**? NO

- SI (specificare se MOLECOLARE/ANTIGENICO RAPIDO) _____ data esecuzione ___ / ___ / _____
- SI (specificare se MOLECOLARE/ANTIGENICO RAPIDO) _____ data esecuzione ___ / ___ / _____
- SI (specificare se MOLECOLARE/ANTIGENICO RAPIDO) _____ data esecuzione ___ / ___ / _____
- SI (specificare se MOLECOLARE/ANTIGENICO RAPIDO) _____ data esecuzione ___ / ___ / _____

Ha eseguito TAMPONI con esito **NEGATIVO**? NO

- SI (specificare se MOLECOLARE/ANTIGENICO RAPIDO) _____ data esecuzione ___ / ___ / _____
- SI (specificare se MOLECOLARE/ANTIGENICO RAPIDO) _____ data esecuzione ___ / ___ / _____

Ultimo giorno di lavoro ___ / ___ / _____

Ha avuto SINTOMI? NO SI data esordio sintomi ___ / ___ / _____; compilare la tabella sottostante

| | SINTOMI | | Durata in giorni |
|---|--|---|------------------|
| 1 | Febbre > 37,5°C | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 2 | Tosse persistente | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 3 | Raffreddore/Rinorrea | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 4 | Dispnea – Difficoltà respiratoria | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 5 | Faringodinia / Mal di gola | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 6 | Mioartralgie – Dolori diffusi | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 7 | Mancanza gusto e Olfatto | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 8 | Sintomi gastrointestinali (vomito/diarrea) | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| 9 | Altro _____ | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |

Data a partire dalla quale non ha più avuto sintomi, eccetto per perdita gusto ed olfatto, qualora presenti _____

Ad oggi ha ancora SINTOMI? NO SI quali: _____

È stato/a RICOVERATO/A in OSPEDALE? NO SI, dal giorno ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

Ha assunto farmaci per COVID 19 NO SI quali: _____

Attualmente assume farmaci? NO SI quali: _____

Si **Informa** che la Dott.ssa Margherita Minini ha ricevuto la nomina quale Medico Competente, ai sensi del D.Lgs 81/2008 integrato con D.Lgs 106/2009 e successive modifiche, dall'Azienda con cui Lei ha stipulato un contratto di lavoro (o per cui Lei presta Servizio) e che è Titolare del trattamento dei dati personali. Nell'ambito di tale incarico, il conferimento dei dati da parte Sua è **obbligatorio** per assicurare il raggiungimento delle finalità connesse agli obblighi previsti dalla Legge o da altre Normative vincolanti, nonché per la corretta prosecuzione del rapporto di lavoro con l'Azienda.

I dati di cui il Medico Competente verrà a conoscenza saranno trattati unicamente per lo svolgimento dell'incarico professionale conferito e per gli obblighi contrattuali connessi ovvero per l'adempimento agli obblighi di legge previsti per lo svolgimento dell'attività di Medico Competente, attraverso l'utilizzo di strumenti elettronici, informatici, digitali e telematici e con il supporto cartaceo ai soli fini di tale svolgimento e secondo modalità idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. I dati saranno conservati presso lo studio di Medicina & Lavoro srl per il tempo coincidente con il suo incarico di Medico Competente e per il periodo successivo eventualmente necessario per l'adempimento agli obblighi di Legge. Al termine dell'incarico i dati saranno trasferiti presso l'Azienda secondo le modalità concordate tra l'Azienda e il Medico Competente stesso. Nell'ambito delle finalità di tale incarico, i dati potranno essere comunicati a collaboratori designati o a prestatori di servizi (quali a titolo di esempio i laboratori di analisi) laddove la comunicazione sia necessaria per l'espletamento dell'attività di sorveglianza sanitaria e di formulazione dell'esito di giudizio di idoneità, nonché per assicurare l'ottemperanza degli adempimenti previsti dalla legge o da altre norme vincolanti. Nell'ambito del presente incarico, il medico competente assicura che tali dati non saranno in alcun modo diffusi e saranno trattati nel rispetto delle norme in vigore, del codice di Condotta e di quanto in merito indicato dall'Azienda.

Il medico competente è stato infatti nominato **Responsabile esterno del Trattamento dei dati personali**, quale persona che tratta dati personali per conto del Titolare del Trattamento. Il Titolare del Trattamento rimane l'Azienda, cui bisogna rivolgersi per l'esercizio dei seguenti diritti: revoca del consenso; diritto di rettifica dei dati inesatti o di integrazione dei dati incompleti; diritto di cancellazione, se presente una delle motivazioni di cui all'art. 17 del regolamento; diritto di limitazione; diritto alla portabilità dei dati; diritto di opposizione; diritto di porre reclamo all'autorità di controllo competente. Per l'esercizio dei diritti, rivolgersi al Titolare del Trattamento.

Il Sottoscritto, inoltre firmando al momento della visita codesto documento:

- Dichiara che quanto riferito al Medico e, quindi riportato nell'anamnesi, corrisponde al vero.
- Dichiara di impegnarsi ad informare il medico su ogni variazione del proprio stato di salute.

Letto, confermato e sottoscritto, ___ / ___ / _____

il Lavoratore _____