

SCHEDA DI SORVEGLIANZA SANITARIA ATTIVA PER OPERATORI SANITARI

COGNOME _____ NOME _____

MANSIONE _____ UO DI APPARTENENZA _____

NUMERO _____ GG DI MALATTIA PER UNA O PIU' DELLE SEGUENTI SINTOMATOLOGIE:

Febbre > 37.5°C SI NO

Dolori muscolari SI NO

Astenia SI NO

Rinorrea e/o congestione nasale SI NO

Perdita dell'olfatto SI NO

Perdita del gusto SI NO

Mal di gola SI NO

Dispnea SI NO

Tosse SI NO

Tosse con perdita di sangue SI NO

Congiuntivite SI NO

Diarrea SI NO

Sotto la propria responsabilità dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti necessari al rientro al lavoro:

di accusare allo stato attuale solo _____ dei sintomi di cui al punto precedente

di godere di attuale stato di benessere

Data _____ Firma del Lavoratore che prende servizio _____