
Autocertificazione per pazienti ambulatoriali e accompagnatori (ambiti acuto, riabilitativo e RAMI)

Gentile Paziente,

malgrado il rispetto scrupoloso delle norme di igiene e sicurezza non è possibile escludere l'eventualità, anche se molto remota, dell'insorgenza di nuove infezioni da COVID-19 all'interno delle strutture sanitarie.

Nella sua direttiva del 31 gennaio 2022 l'Ufficio del Medico Cantonale stabilisce le modalità di accesso all'interno delle strutture sanitarie, definendo anche l'obbligatorietà dell'allestimento di un'autocertificazione, con l'obiettivo di attestarne lo stato di salute di chi accede alla struttura e di permetterne il contatto in caso di eventuale esposizione accidentale al virus.

I dati personali rilasciati in questo formulario saranno conservati per una durata massima di 14 giorni e, in assenza di segnalazioni, saranno eliminati. L'EOC si impegna con misure tecniche e organizzative a garantire la protezione dei dati contenuti nelle autocertificazioni.

La presente autocertificazione è da compilare per il giorno previsto per la visita; può essere compilata a domicilio, scaricandola dal sito www.eoc.ch, oppure all'entrata dell'ospedale.

Il/la sottoscritto/a:

Nome: _____ Cognome: _____

Recapito telefonico (in caso di necessità di essere contattato): _____

Si reca oggi all'interno della struttura ospedaliera per una visita / consulto / esame ambulatoriale.

Considerando la difficoltà di spostamento/di orientamento e/o la necessità di potere disporre di una persona di fiducia che possa sostenere nella comprensione delle spiegazioni relative a diagnosi, esami o terapie, il paziente è accompagnato da (persona con più di 16 anni):

Nome: _____ Cognome: _____

Con le firme il paziente e l'accompagnatore dichiarano di:

1. **Non presentare sintomi compatibili con COVID-19:** infezione acuta delle vie respiratorie (tosse, mal di gola, affanno, dolore toracico, ...) e/o febbre e/o improvvisa perdita dell'olfatto e/o del gusto, e/o confusione acuta o deterioramento delle condizioni, e/o dolori muscolari, mal di testa, debolezza generale, sintomi gastrointestinali eruzioni cutanee.
2. **Non essere sottoposto a isolamento o quarantena obbligatoria** a domicilio e/o che non sussistono ragioni per cui Lei dovrebbe annunciarsi all'Ufficio del Medico cantonale per essere sottoposto a quarantena, esempio contatti con persone affette da COVID.

Inoltre, con la firma l'accompagnatore dichiara:

1. Essere in possesso di un **Certificato COVID 2G+, 2G o 3G valido**¹.
2. **Non aver appena terminato l'isolamento** e questo fino ad un minimo di 10 giorni dalla comparsa dei sintomi COVID o dalla data del tampone PCR positivo

Luogo: _____ Data: _____

Firma paziente: _____ Firma accompagnatore: _____

Apponendo la firma alla presente autocertificazione, paziente e accompagnatore confermano l'esattezza delle indicazioni fornite e si dichiarano disposti a provarle su richiesta. La falsa indicazione potrebbe costituire una violazione delle disposizioni cantonali e ogni altra disposizione applicabile in materia di disposizioni COVID e Legge epidemie. Colei/colui che dichiara il falso è passibile di una segnalazione all'autorità competente.

1

Certificato COVID 2G+

- Persone vaccinate o guarite negli ultimi 4 mesi
- Persone vaccinate o guarite da più di 4 mesi + test negativo

Certificato COVID 2G

Persone vaccinate o guarite

Certificato COVID 3G

Persone vaccinate o guarite o con test negativo