



ASSOCIAZIONE OASI MARIA SS. – ONLUS

**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
per lo studio del Ritardo Mentale e dell'Involuzione Cerebrale**

Via Conte Ruggero, 73 – 94018 TROINA (En); tel. 0935936111 – fax 0935653327

Troina, _____

Si attesta che il sig. _____, nato a _____
il _____, residente a _____ in Via
_____ n. _____, con ricovero programmato per oggi, a seguito del
triage preliminare per l'esclusione di sintomatologia da SARS-CoV-2, **NON è
stato ricoverato**, in quanto (*segnare la voce che interessa*):

1) **E' stata rilevata temperatura corporea superiore a 37,5°C**; si è
raccomandato al paziente e al suo accompagnatore di rientrare subito presso
il proprio domicilio, tenersi in isolamento volontario, avvisare urgentemente
il proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta.

2) **L'anamnesi e l'esame obiettivo rilevano sintomatologia sospetta per
Covid-19**; si è raccomandato al paziente e al suo accompagnatore di rientrare
subito presso il proprio domicilio, tenersi in isolamento volontario, avvisare
urgentemente il proprio medico di famiglia.

3) **Il tampone nasofaringeo è positivo per SARS-CoV-2**; si è raccomandato al
paziente e al suo accompagnatore di rientrare subito presso il proprio domicilio,
tenersi in isolamento volontario, avvisare urgentemente il proprio medico di
famiglia; è stato spiegato che l'IRCCS ha l'obbligo di segnalare formalmente al
Servizio Igiene Pubblica dell'ASP di residenza la positività al tampone
nasofaringeo.

OVVERO

È stata rilevata una delle tre condizioni sopra elencate all'accompagnatore

Sig. _____, nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____,

- 1) Temperatura corporea > 37,5°C
 2) Anamnesi e/o esame obiettivo sospetti per COVID-19
 3) Tampone nasofaringeo positivo per SARS-CoV-2

Il Medico (*timbro e firma*)