



Triage ed informative per il paziente

sulla base delle indicazioni contenute nel documento ministeriale delle
indicazioni per gli studi odontoiatrici per la gestione della Fase 2 Covid-19

TI 0.0

Introduzione

Gentile Paziente,

questa informazione è relativa alle cautele necessarie per ridurre al minimo il rischio di contrarre la Covid-19 (malattia da nuovo Coronavirus). A questo fine le sarà richiesto di attenersi alle specifiche indicazioni che le saranno fornite dal personale dello studio odontoiatrico circa i nuovi percorsi e procedure messe in atto per minimizzare il rischio di contagio.

Le saranno inoltre richieste delle informazioni aggiuntive rispetto alle normali domande riguardanti il suo stato di salute. Tali informazioni sono tutte raccolte per individuare il migliore percorso di cure per il suo caso specifico. Tutti i suoi dati personali saranno trattati nel rispetto delle norme sulla tutela della riservatezza (D. Lgs. 196/2003 e succ. modificazioni).

TI 1.0

Informazione

La COVID-19 è causata da un nuovo virus che colpisce principalmente le vie aeree e i polmoni. Si tratta di una malattia solo parzialmente conosciuta, che varia da quadri di pazienti asintomatici fino a gradi di estrema gravità, così come la condizione di positività al virus può essere non nota in alcuni soggetti. La via di trasmissione principale è quella aerea attraverso le goccioline di fluidi, tra cui la saliva, emessi dal soggetto infetto. La sopravvivenza del virus nell'aria è in via di studio, mentre esistono studi attendibili sulla efficacia dei comuni disinfettanti e sistemi di sterilizzazione per eliminare il virus dalle superfici, strumentario e quant'altro utilizzato nelle strutture sanitarie tra cui gli studi odontoiatrici.

Le procedure di disinfezione e sterilizzazione dei locali e della strumentazione, l'utilizzazione di sistemi di protezione individuale da parte degli operatori sanitari operanti nella struttura, nonché la sorveglianza sanitaria dei medesimi operatori (personale medico, igienista dentale, assistenti) vengono costantemente adeguati alle raccomandazioni rilasciate dal Ministero della Salute.

Il personale afferente a questa struttura si mantiene costantemente aggiornato sull'andamento della pandemia COVID-19 e sulle più efficaci misure per il contenimento del rischio di contagio. Il medico-odontoiatra deve valutare il suo caso in considerazione della terapia odontoiatrica di cui necessita e delle sue attuali condizioni di salute generale. **È pertanto determinante che il paziente riferisca tempestivamente al medico-odontoiatra ogni variazione dello stato di salute, sintomatologia o terapia farmacologica che intervenga prima, durante o dopo il ciclo di terapie o la singola seduta odontoiatrica.**

Questa informativa non sostituisce né modifica l'informativa resa a fini di consenso per le cure odontoiatriche, ma si riferisce soltanto al rischio di contrarre, tramite micro-goccioline salivari, il virus responsabile della Covid-19. Nel caso in cui il rischio di contagio nel suo caso richiedesse una modifica del piano di cura già in essere, questo sarà specificato nell'informazione che le sarà fornita per raccogliere il suo consenso informato alle cure.

Nel suo caso, le segnaliamo che vi sono specifiche patologie o terapie farmacologiche che aumentano il rischio di sviluppare forme gravi della Covid-19.

Sì No



Consenso

Il sottoscritto

confermando di aver adeguatamente e attentamente risposto ai questionari che mi sono stati sottoposti, di volermi attenere alle indicazioni ricevute per l'accesso alle sale operative, impegnandomi a comunicare all'odontoiatra ogni variazione del mio stato di salute, dichiaro di aver compreso l'informativa sopra riportata in merito al rischio di contagio della Covid-19.

Data

Firma paziente

.....

**in caso di
minori**

Il sottoscritto

[indicare il rapporto col minore: es. padre, madre, tutore, ecc.)

di [indicare il nome del minore]

confermando di aver adeguatamente e attentamente risposto ai questionari che mi sono stati sottoposti, di volermi attenere alle indicazioni ricevute per l'accesso alle sale operative, impegnandomi a comunicare all'odontoiatra ogni variazione dello stato di salute del minore, dichiaro di aver compreso l'informativa sopra riportata in merito al rischio di contagio della Covid-19.

Data

Firma

.....

Nota legale. Le indicazioni qui riportate sono solo esempi e norme di buona condotta nella gestione dei pazienti. BQuadro Astidental declina ogni responsabilità connessa alle informazioni qui riportate e demanda allo staff medico della struttura l'opportunità di seguire quanto qui indicato. BQuadro Astidental declina ogni responsabilità anche in relazione alla possibilità che queste Indicazioni risultassero superate da ulteriori indicazioni di carattere sanitario emanate dalle istituzioni competenti.

Questionario triage telefonico

sulla base delle indicazioni contenute nel documento ministeriale delle indicazioni per gli studi odontoiatrici per la gestione della Fase 2 Covid-19

1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19? Sì No
2. È stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone? Sì No
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID19 positivi nelle ultime tre settimane? Sì No
4. Ha o ha avuto presente qualcuno di questi sintomi:
- 4.a febbre Sì No
- 4.b tosse Sì No
- 4.c difficoltà respiratoria Sì No
- 4.d congiuntivite Sì No
- 4.e diarrea Sì No
- 4.f raffreddore Sì No
- 4.g mal di gola Sì No
- 4.h alterazione del gusto Sì No
- 4.i alterazione dell'olfatto Sì No
- 4.l spossatezza Sì No
- 4.m cefalea Sì No
- 4.n eruzioni cutanee (bambini, adolescenti) Sì No
- 4.o dolori muscolari diffusi Sì No
5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta che stabilita dalle autorità sanitarie, nelle ultime 4 settimane? Sì No
6. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale? Sì No

Data

.....

Questionario triage in studio

sulla base delle indicazioni contenute nel documento ministeriale delle indicazioni per gli studi odontoiatrici per la gestione della Fase 2 Covid-19

1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19? Sì No
2. È stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone? Sì No
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID19 positivi nelle ultime tre settimane? Sì No
4. Ha o ha avuto presente qualcuno di questi sintomi:
- 4.a febbre Sì No
- 4.b tosse Sì No
- 4.c difficoltà respiratoria Sì No
- 4.d congiuntivite Sì No
- 4.e diarrea Sì No
- 4.f raffreddore Sì No
- 4.g mal di gola Sì No
- 4.h alterazione del gusto Sì No
- 4.i alterazione dell'olfatto Sì No
- 4.l spossatezza Sì No
- 4.m cefalea Sì No
- 4.n eruzioni cutanee (bambini, adolescenti) Sì No
- 4.o dolori muscolari diffusi Sì No
5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta che stabilita dalle autorità sanitarie, nelle ultime 4 settimane? Sì No
6. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale? Sì No

Data

Firma paziente

.....

.....