

**SCHEDA VALUTAZIONE SOGGETTI CON PROBABILITA' DI AUMENTATO RISCHIO DI
COMPLICANZE IN CASO DI INFEZIONE DA SARS CoV 2**

Al Medico Competente
Dott. Ciro De Seta

Il sottoscritto:

Cognome e Nome _____ Nato/a a _____ : il _____
Residente a: _____ () Via _____ In servizio
presso _____ Mansione : _____

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (DPR 445/200)

di rientrare nella categoria di seguito indicata :

➤ **TUTTE LE ETA'** con almeno una delle seguenti condizioni:

cardiopatia coronarica con pregresso stent o infarto o aritmie o valvulopatie rilevanti /fibrillazione atriale non compensata, cardiomiopatia dilatativa, o altre cardiopatie rilevanti

ipertensione elevata non compensata dalla terapia

cancro attivo negli ultimi 5 anni

i diabete mellito con difficile stabilità glicemica e valori elevati di Hb glicata

insufficienza renale cronica moderata

trapiantato d'organo

documentata immunodepressione rilevante

broncopatie croniche rilevanti

ICTUS

epatopatie gravi con alterazioni enzimatiche

associazione di almeno due delle precedenti condizioni di lieve-modesta entità

altre patologie croniche gravi

immunodepressione congenita o acquisita (anche da patologia COVID-19)

esiti di patologie oncologiche

svolgimento di terapie salvavita

comorbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità (presenza di più patologie)

➤ **60 ANNI + almeno una delle seguenti patologie:**

ipertensione modesta non compensata dalla terapia (pressione alta nonostante la terapia)

- ipertensione elevata ben controllata da multiterapia specifica (uso di più farmaci associati)
- diabete mellito
- insufficienza renale cronica
- BPCO o asma bronchiale in terapia cronica
- epatopatia cronica modesta con alterazioni enzimatiche
 - **65 anni** nessuna patologia
 - **Gravidanza** nessuna patologia

OVVERO

- **Di presentare la seguente patologia, non ricompresa nell'elenco:**
-

In relazione alla normativa sulla Privacy il lavoratore dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati -GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di Informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Data _____

Firma del lavoratore _____

DA INVIARE AL MEDICO COMPETENTE , DOTT. **CIRO DE SETA**, ALLA SEGUENTE E-MAIL:
cirodeseta@yahoo.it

Tel.-Fax 0818713441-cell.3332692320