**ALLEGATO 2**

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

**Cognome e Nome** **Nato/a a**:

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Residente a**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) **Via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Azienda**: **Sede di:**

**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
* 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 d 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

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.SSA NICOLETTA DE ROSA ALLA SEGUENTE

E-MAIL info@gidierre.it