

SCHEDA PER TRIAGE/QUESTIONARIO

Data ____/____/____

NOME..... COGNOME.....

Data di nascita..... SESSO M F

RIFERISCE **FEBBRE** SI NO Se SI, Temperatura

TOSSE

DISPNEA (difficoltà a respirare) a insorgenza acuta

Congestione nasale

Naso che cola

Mal di gola

Stanchezza

Congiuntivite

Alterazione (diminuzione o perdita) del gusto e/o dell'olfatto

Indolenzimento e dolori muscolo-articolari

Diarrea

Mal di testa

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

Nei 14 giorni precedenti si è trovato in una delle seguenti condizioni:

(barrare le opzioni positive)

SI NO Operatori sanitari o persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19, o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2.

SI NO Essere stato a stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID-19.

SI NO Vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19.

SI NO Ha frequentato o h lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da coronavirus (nCoV).

Firma paziente.....

Firma operatore sanitario.....

Se in presenza di sintomi E almeno una delle condizioni sopraelencate:

CASO SOSPETTO -----> COMUNICARLO SUBITO AL MEDICO CURANTE