

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

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