

SCHEDA DI TRIAGE PER COVID-19



Cognome _____
Nome _____
Data e luogo di nascita _____
Residenza _____
Comune _____ Prov. _____
Cellulare _____ E-mail _____
Numero dei conviventi _____ Professione _____
Nome Medico di base _____ tel medico di base _____
Richiesta appuntamento per _____

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

- Hai febbre o hai avuto febbre negli ultimi 15 giorni? SI () NO ()
- Hai avuto insorgenza recente di problemi respiratori , come tosse o difficoltà respiratoria, anosmia e/o egeusia negli ultimi 14 gg SI () NO ()
- Negli ultimi 14 giorni è entrato in contatto con soggetti con accertata infezione da COVID-19 (vivi o deceduti)? SI () NO ()
- Vi sono almeno due persone con esperienza documentata di febbre o problemi respiratori negli ultimi 14 giorni in stretto contatto con voi? SI () NO ()
- Ha partecipato di recente a riunioni, incontri o ha avuto stretti contatti con molte persone che non conosce bene? SI () NO ()
- Svolge l'attività di Operatore Sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID 19 o personale di laboratorio addetto al trattamento di COVID 19? SI () NO ()
- E' stato a stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID 19 o vive nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID 19? SI () NO ()
- ha frequentato o ha lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati i pazienti con infezione da COVID 19? SI () NO ()
- Ha effettuato viaggi o ha soggiornato negli ultimi quindici giorni SI () NO () se sì dove _____

VALUTAZIONE CLINICA Negli ultimi 14 giorni ha avuto:

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| - Febbre: SI NO | - Malessere generale: SI NO |
| - Tosse: SI NO | - Inappetenza: SI NO |
| - Mal di gola: SI NO | - Vomito: SI NO |
| - Raffreddore: SI NO | - Cefalea: SI NO |
| - Difficoltà respiratoria: SI NO | - Palpitazioni: SI NO |
| - Dolori muscolari: SI □ NO | - Altri sintomi: SI NO |
- Se SI specificare: _____

Esito test per determinazione qualitativa degli anticorpi IgM e IgG Anti- COVID-19:
IgG Negative IgM Negative IgG Positive IgM Positive. Non eseguito

Acconto all'utilizzo dei dati forniti e di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____ Firma _____