

ALLEGATO3: TRIAGE PER VALUTAZIONE PRESENZA DI SINTOMI COVID-19

Cognome _____ Nome _____

Data Nascita _____ Sesso M F

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

RIFERISCE E DICHIARA

FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
TOSSE / MAL DI GOLA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
RAFFREDDORE	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
DOLORE MUSCOLARE / SPOSSATEZZA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
NAUSEA / VOMITO / DIARREA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
ALTERAZIONE DI GUSTO / OLFATTO	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

È ATTUALMENTE IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO O IN QUARANTENA	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
HA EFFETTUATO UN TAMPONE RAPIDO CON ESITO POSITIVO	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

È STATO SOTTOPOSTO A VACCINO ANTI-COVID19?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
SE SI', LA SOMMINISTRAZIONE DELLA DOSE È AVVENUTA IN DATA	/	/

E

(compilare SOLO nel caso in cui si ricada nelle seguenti situazioni)

CASO DI PAZIENTE A CONTATTO STRETTO CON SOGGETTO POSITIVO AL COVID-19

Ha avuto un contatto stretto con un caso COVID-19 nei 14 giorni precedenti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha avuto un contatto stretto con un caso COVID-19 ed ha effettuato un TAMPONE con esito NEGATIVO dopo un periodo di quarantena di 10 giorni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

CASO DI PAZIENTE RISULTATO POSITIVO AL COVID-19

Ha effettuato un TAMPONE di controllo con esito NEGATIVO a conclusione del periodo di isolamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Sono trascorsi 21 giorni di isolamento di cui almeno 7 giorni senza sintomi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

(da compilare SOLO nel caso in effettuazione di Test Sierologico IgG)

È STATO SOTTOPOSTO A MISURE RESTRITTIVE A SEGUITO DI POSITIVITÀ AL VIRUS SARS-COV2? (ISOLAMENTO O QUARANTENA)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Data..... Ora..... Firma