



Comune di Sarnano
Casa di Riposo - Villa Serena

QUESTIONARIO/TRIAGE

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Familiare di _____ data di accesso in struttura _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO

-Se la risposta è SI è guarito? (tamponi negativi?) SI NO

È in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

• Febbre/febbricola SI NO

• Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO

• Malessere, astenia SI NO

• Cefalea SI NO

• Congiuntivite SI NO

• Sangue da naso/bocca SI NO

• Vomito e/o diarrea SI NO

• Inappetenza/anoressia SI NO

• Confusione/vertigini SI NO

• Perdita/alterazione dell'olfatto SI NO

• Perdita di peso SI NO

• Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI NO

T° Corporea rilevata all'ingresso: Conforme [] Non conforme []

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

DATA _____ Firma _____