

QUESTIONARIO TRIAGE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Recapito telefonico: _____

In qualità di : personale lavoratore (dipendente/collaboratore/somministrato) fornitore/consulente manutentore
 Medico di Medicina Generale utente familiare dell'utente _____ altro _____

Data di accesso in struttura: _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO

-Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) 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/febbriola	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 _____

T° Corporea rilevata all'uscita _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, dichiara inoltre di aver preso visione, letto e compreso l'informativa al trattamento dei dati personali prevenzione diffusione Covid-19 resa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679.

Data _____

Firma _____