

SCHEDA PRE-TRIAGE – QUESTIONARIO

Versione 9 – Aggiornamento 21/10/2020

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

Cognome Nome

Data di nascita

Sesso

M

F

RIFERISCE:

PRESENZA DI ALMENO UNO DI QUESTI SINTOMI NON SI PUÒ ACCEDERE IN STRUTTURA:

Febbre nell'ultima settimana (> 37,4°C)

SI

NO

Tosse nell'ultima settimana

SI

NO

Recente difficoltà respiratoria

SI

NO

PRESENZA DI ALMENO DUE DI QUESTI SINTOMI NON SI PUÒ ACCEDERE IN STRUTTURA:

Rinite (raffreddore) / Faringodinia (mal di gola)

SI

NO

Congiuntivite

SI

NO

Astenia/mialgie (senso di debolezza, stanchezza)

SI

NO

Nausea/Vomito/Diarrea

SI

NO

Disosmia (alterata percezione degli odori) /

SI

NO

Disgeusia (alterata percezione dei gusti)

Di **non** essere sottoposto alla misura della quarantena/isolamento fiduciario domiciliare ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 negli ultimi 10 giorni.

Essere stato a stretto contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); essere stato a contatto diretto (faccia a faccia) con un caso sospetto o confermato di COVID-19 a distanza minore di 1,5 metri e di durata maggiore di 15 minuti negli ultimi 10 giorni.

Essere una persona che ha avuto contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio stretta di mano) negli ultimi 10 giorni

Essere stati in ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1,5 metri negli ultimi 10 giorni.

Vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19 negli ultimi 10 giorni.

Decesso di familiare convivente per cause inspiegate negli ultimi 10 giorni.

Provenienza da Struttura Residenziale con casi accertati o sospetti di COVID-19 negli ultimi 10 giorni.

Aver frequentato o lavorato in un reparto di una struttura sanitaria nel quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da COVID-19 negli ultimi 10 giorni.

Provenienza negli ultimi 3 giorni dai seguenti Paesi: Belgio, Francia, Paesi Bassi, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Repubblica Ceca e Spagna.

Provenienza negli ultimi 14 giorni dai seguenti Paesi: Romania.

Data _____ Ora _____ Firma del Paziente _____

Se in presenza di sintomi e almeno una delle condizioni sopraelencate: **CASO SOSPETTO**

→ **Comunicarlo subito al Medico.**