

TRIAGE PER VALUTAZIONE PRESENZA DI SINTOMI COVID-19

Da stampare e compilare, al massimo 4 ore prima, e consegnare al momento dell'accesso il giorno 27 settembre.

NOME	N. CELLULARE
COGNOME	INDIRIZZO
DATA DI NASCITA	

Ha in questo momento o ha avuto negli ultimi 14 giorni?

febbre >37.5	SI	NO
tosse secca o produzione di espettorato?	SI	NO
affaticamento?	SI	NO
problemi respiratori?	SI	NO
Mal di gola?	SI	NO
Mal di testa?	SI	NO
Vomito /Diarrea?	SI	NO
Alterazione del gusto o dell'olfatto?	SI	NO
Data insorgenza sintomi/..../....	

Ha avuto o ha contatti*/familiari con casi accertati covid-19?	SI	NO
Ha frequentato ambienti sanitari con casi accertati/sospetti?	SI	NO
E' sottoposto a misure di quarantena o è risultato positivo al tampone per covid-19?	SI	NO

*contatto diretto a meno di 1 mt di distanza, per più di 15 minuti, in ambiente chiuso come sede di lavoro, casa ecc..

Data

Firma
