



## QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE COVID

COGNOME e NOME	
DATA di NASCITA	
<b>NELLE ULTIME DUE SETTIMANE HO AVUTO:</b>	
FEBBRE (> 37,5°C)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
SINTOMI CORRELABILI A COVID (difficoltà a respirare, alterazione dell'olfatto e/o del gusto, tosse, forte mal di testa, stanchezza intensa, nausea e/o vomito, congiuntivite...):	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
NELLE ULTIME DUE SETTIMANE SONO STATO A CONTATTO STRETTO (A MENO DI 1,5 m E SENZA MASCHERINA) CON CASI SOSPETTI O CONFERMATI DI CORONAVIRUS (COVID-19)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
HO AVUTO DIAGNOSI DI MALATTIA DA COVID-19 CON TAMPONE POSTIVO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (QUANDO _____ )
NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HO VIAGGIATO IN UNO (O PIU') DEI SEGUENTI PAESI  ARMENIA                      CILE                      OMAN BAHREIN                      KUWAIT                      PANAMA BANGLADESH                      MACEDONIA                      PERU' BRASILE                      MOLDOVA                      REPUBBLICA DOMINICANA BOSNIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Data	
FIRMA DEL PAZIENTE (o di chi ne fa le veci)	

### SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE TRIAGE

- Il paziente all'ingresso presenta una temperatura corporea di \_\_\_\_\_ pertanto la prestazione è annullata e si invia al Medico Curante per approfondimento clinico (DGR 3114 e 3115 del 07/05/2020).
- Il paziente dichiara di aver viaggiato in uno o dei paesi esteri sopra indicati negli ultimi 14 giorni, pertanto dovrà essere posto in isolamento domiciliare.

Data \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME DELL'OPERATORE DEL TRIAGE \_\_\_\_\_

firma dell'Operatore del triage \_\_\_\_\_