

Fac-simile: TRIAGE PER VALUTAZIONE PRESENZA DI SINTOMI COVID-19

NOME	N. TELEFONO
COGNOME	INDIRIZZO
DATA DI NASCITA	CITTA'

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

febbre >37.5	SI	NO
tosse secca?	SI	NO
affaticamento?	SI	NO
produzione di espettorato	SI	NO
problemi respiratori quali dispnea ?	SI	NO
Mialgia o artralgia	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Mal di testa	SI	NO
Vomito	SI	NO
Diarrea	SI	NO
Disgeusia (alterazione del gusto)	SI	NO
Anosmia (alterazione dell'olfatto)	SI	NO

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
Data insorgenza sintomi/..../....	

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