

MODULO DI TRIAGE ALL'ACCOGLIENZA *ad interim 24 maggio 2020*

1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19
2. E' stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente, o con 2 tamponi negativi?
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti sintomatici, o COVID19 positivi nelle ultime tre settimane?
4. Ha o ha avuto presente qualcuno di questi sintomi:
  - Febbre
  - Tosse
  - Difficoltà respiratoria
  - Congiuntivite
  - Diarrea
  - Raffreddore
  - Mal di gola
  - Alterazione del gusto
  - Alterazione dell'olfatto
  - Spossatezza
  - Cefalea
  - Eruzioni cutanee
  - Dolori muscolari diffusi
5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta, che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane?
6. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale?

Temperatura rilevata all'accesso \_\_\_\_\_ °C

Data \_\_\_\_\_ Firma (paziente) \_\_\_\_\_

*MODULO DI TRIAGE TELEFONICO ad interim 24 maggio 2020*

1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19
2. E' stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente, o con 2 tamponi negativi?
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti sintomatici, o COVID19 positivi nelle ultime tre settimane?
4. Ha o ha avuto presente qualcuno di questi sintomi:
  - Febbre
  - Tosse
  - Difficoltà respiratoria
  - Congiuntivite
  - Diarrea
  - Raffreddore
  - Mal di gola
  - Alterazione del gusto
  - Alterazione dell'olfatto
  - Spossatezza
  - Cefalea
  - Eruzioni cutanee
  - Dolori muscolari diffusi
5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta, che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane?
6. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale?