

**SCHEDA PRE TRIAGE PER ACCESSO ALLE PRESTAZIONI
AMBULATORIALI**

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ Sesso M F

Residente a _____ in via _____

Misurazione temperatura _____

Almeno un sintomo tra i seguenti:Febbre superiore a 37,4° nell'ultima settimana SI NOTosse SI NO Dispnea recente (difficoltà respiratoria) SI NO**Almeno due sintomi tra i seguenti:**Mal di gola SI NO Congestione nasale SI NOMialgia/astenia (forti dolori muscolari, forte senso di stanchezza, ecc...) SI NOPerdita della sensazione di gusto/olfatto SI NO Nausea/vomito/diarrea SI NOIsolamento fiduciario domiciliare in atto SI NOContatto stretto (*leggere le definizioni di "contatto stretto" sul cartello) con caso confermato di Covid-19 negli
ultimi 14 giorni SI NOFamiliare convivente deceduto per cause inspiegate negli ultimi 14 giorni SI NOProvenienza da struttura residenziale con casi accertati/sospetti Covid-19 SI NOAccesso negli ultimi 14gg in struttura/reparto ospedaliero con casi accertati Covid-19 SI NO

In presenza di paziente risultato positivo a infezione da coronavirus SARS-COV2:

- Dichiaro di essere clinicamente guarito (assenza di sintomi associati all'infezione) e di essere risultato negativo a due tamponi nasofaringei eseguiti a distanza di almeno 24 ore, che certificano l'assenza di contagiosità;

Data _____ ora _____

Firma del paziente: _____ Firma dell'operatore sanitario _____

La scheda è richiesta al fine di garantire la Sua sicurezza e quella degli operatori che lo assistono. Si informa che le informazioni sono state raccolte per motivi di sanità pubblica. Con la presente firma accetto e mi impegno a rispettare le prescrizioni adottate dall'azienda per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19.