

CONTENIMENTO RISCHIO CONTAGIO COVID-19	
SCHEDA TRIAGE PAZIENTI	
Operatore	Data
DATI PAZIENTE	
Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	Via
Tel.	Numero conviventi
Tipo documento	Numero documento
VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA	
Soggiorno in Paese/località a rischio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Località _____	Data di partenza _____
Ha avuto negli ultimi 14 giorni:	
A) Esposizione a casi accertati di infezione da coronavirus COVID-19	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B) Contatti con familiari di casi accertati o persone sottoposte a quarantena	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C) Contatti con persone rientrate da paese/località a rischio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha effettuato 1° tampone rinofaringeo per COVID-19	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO quando _____
Esito tampone rinofaringeo per COVID-19	<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO quando _____
Ha effettuato 2° tampone rinofaringeo per COVID-19	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO quando _____
Esito tampone rinofaringeo per COVID-19	<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO quando _____
Ha effettuato 3° tampone rinofaringeo per COVID-19	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO quando _____
Esito tampone rinofaringeo per COVID-19	<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO quando _____
E' stato sottoposto a misura di quarantena	<input type="checkbox"/> SI dal _____ <input type="checkbox"/> NO
Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?	
<input type="checkbox"/> febbre - tosse secca -diarrea	<input type="checkbox"/> congiuntivite
<input type="checkbox"/> respiro affannoso/difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/> perdita del senso del gusto (ageusia)
<input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi - mal di testa	<input type="checkbox"/> perdita del senso dell'olfatto (anosmia)
<input type="checkbox"/> raffreddore (naso chiuso e/o che cola) - mal di gola	<input type="checkbox"/> coscienza alterata
Note _____	
VALUTAZIONE STATO VACCINALE DEL PAZIENTE	
<input type="checkbox"/> Vaccinazione antinfluenzale	
<input type="checkbox"/> Vaccinazione anti-pneumococcica	
<input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti	
Temperatura _____	Ossigenazione _____
Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art 46,47 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445	
Data _____	Firma _____
Autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e all'art 13 del regolamento UE 20167679 - D.Lgs. 101/2018, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali	
Data _____	Firma _____