

QUESTIONARIO TRIAGE TELEFONICO O DA REMOTO

Sig. _____

Appuntamento per il _____ ore _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19? | SI | NO |
| 2. Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone? | SI | NO |
| 3. Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID19 positivi nelle ultime tre settimane? | SI | NO |
| 4. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta, che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane? | SI | NO |
| 5. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID19 in ambito professionale? | SI | NO |
| 6. Ha o ha avuto negli ultimi tre mesi qualcuno di questi sintomi: | | |
| - Febbre | SI | NO |
| - Tosse | SI | NO |
| - Difficoltà respiratoria | SI | NO |
| - Congiuntivite | SI | NO |
| - Diarrea | SI | NO |
| - Raffreddore | SI | NO |
| - Mal di gola | SI | NO |
| - Alterazione del gusto | SI | NO |
| - Alterazione dell'olfatto | SI | NO |
| - Spossatezza/malessere | SI | NO |
| - Cefalea | SI | NO |
| - Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti) | SI | NO |
| - Dolori muscolari diffusi | SI | NO |

CONFERMA APPUNTAMENTO _____ SI NO
(o sospensione per rivalutazione medica)

QUESTIONARIO TRIAGE IN STUDIO/AMBULATORIO

Sig. _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19? | SI | NO |
| 2. Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone? | SI | NO |
| 3. Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID19 positivi nelle ultime tre settimane? | SI | NO |
| 4. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta, che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane? | SI | NO |
| 5. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID19 in ambito professionale? | SI | NO |
| 6. Ha o ha avuto negli ultimi tre mesi qualcuno di questi sintomi: | | |
| - Febbre | SI | NO |
| - Tosse | SI | NO |
| - Difficoltà respiratoria | SI | NO |
| - Congiuntivite | SI | NO |
| - Diarrea | SI | NO |
| - Raffreddore | SI | NO |
| - Mal di gola | SI | NO |
| - Alterazione del gusto | SI | NO |
| - Alterazione dell'olfatto | SI | NO |
| - Spossatezza/malessere | SI | NO |
| - Cefalea | SI | NO |
| - Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti) | SI | NO |
| - Dolori muscolari diffusi | SI | NO |

Data _____

Firma (paziente) _____