

SCHEDA DI PRE-TRIAGE TELEFONICO

Nome e Cognome della paziente

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita

Residenza Telefono

È SINTOMATICA? (basta un sintomo)

☐ Febbre ☐ Tosse ☐ Difficoltà respiratoria insorti improvvisamente

DATA DI COMPARSA DEI SINTOMI/...../.....

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DELLA PAZIENTE

SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

☐ SÌ ☐ NO ☐ NON NOTO

SE SÌ SPECIFICARE PAESE

DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO/...../.....
(CONSIDERARLA **NON A RISCHIO**, SE SONO PASSATI **PIÙ DI 21 GIORNI**)

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti) ☐ SÌ ☐ NO

ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI) ☐ SÌ ☐ NO

CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO ☐ SÌ ☐ NO

CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI ☐ SÌ ☐ NO

È UN SANITARIO O È STATA A CONTATTO CON UN SANITARIO CHE HA GESTITO CASI SOSPETTI O CERTI PER INFEZIONE DA COVID 19 ☐ SÌ ☐ NO

Firma della paziente

Firma del ginecologo