 ATS Sardegna Azienda Tutela Salute SC Qualità, Appropriatezza, Clinical Governance e Risk Management	AGGIORNAMENTO “PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI RIABILITAZIONE FISICA IN CORSO DI EMERGENZA COVID-19”	Rev. 1 - Ottobre 2021 Pagina 1
--	--	---------------------------------------

SCHEDA DI TRIAGE

PRIMA PARTE DA COMPILARE NEL PRE-TRIAGE TELEFONICO

Nome e Cognome paziente

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

Residente in via..... n°..... Comune.....

Telefono.....

È in possesso della certificazione verde? ☐ SI ☐ NO ☐ Nessuna risposta

Presenta i seguenti sintomi ? (se sì, barrare i sintomi manifestati)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Astenia |
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Mal di gola | <input type="checkbox"/> Raffreddore |
| <input type="checkbox"/> Mal di testa | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolori muscolari | <input type="checkbox"/> Disturbi del gusto |
| <input type="checkbox"/> Dolori articolari | <input type="checkbox"/> Disturbi dell'olfatto |

Se sono presenti sintomi contattare il MMG/PLS per concordare eventuale differimento del trattamento riabilitativo

L'Utente dichiara:

Di aver avuto contatti con un caso confermato di COVID-19/caso SARS-CoV-2 positivo

☐ SI ☐ NO

Di essere stato contattato dalla ATS/ASSL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID-19/persone SARS-CoV-2 positive (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario)

☐ SI ☐ NO


Di essere in quarantena obbligatoria o fiduciaria ☐ SI ☐ NO

Se le risposte sono tutte negative programmare visite e trattamento riabilitativo.

Se una o più risposte sono positive è opportuno valutare la presa in carico per tele consulenza.

Data/...../.....

Firma operatore

 ATS Sardegna Azienda Tutela Salute SC Qualità, Appropriatezza, Clinical Governance e Risk Management	AGGIORNAMENTO “PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI RIABILITAZIONE FISICA IN CORSO DI EMERGENZA COVID-19”	Rev. 1 - Ottobre 2021 Pagina 2
--	--	---------------------------------------

SECONDA PARTE DA COMPLETARE IN AREA TRIAGE O AL DOMICILIO DEL PAZIENTE

Temperatura rilevata

Certificazione verde ☐ SI ☐ NO ☐ Nessuna risposta

Medico di Medicina Generale.....Telefono.....

e-mail.....

Ci sono variazioni del quadro clinico epidemiologico rispetto alla dichiarazione fornita durante il Pre-Triage telefonico? ☐ NO ☐ SI

SEZIONE DA COMPILARE SOLO SE SI RISCONTRA VARIAZIONE DEL QUADRO CLINICO EPIDEMIOLOGICO RISPETTO ALLA DICHIARAZIONE FORNITA DURANTE IL PRE TRIAGE TELEFONICO (consegnare copia al paziente)

Si comunica che la prestazione ambulatoriale/domiciliare programmata, prevista in data odierna, è stata rimandata a causa di (barrare i sintomi manifestati e/o i dati epidemiologici):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Febbre Data ultima misurazione...../...../..... | <input type="checkbox"/> Astenia |
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Mal di gola | <input type="checkbox"/> Raffreddore |
| <input type="checkbox"/> Mal di testa | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolori muscolari | <input type="checkbox"/> Disturbi del gusto |
| <input type="checkbox"/> Dolori articolari | <input type="checkbox"/> Disturbi dell'olfatto |

L'Utente dichiara:

Di aver avuto contatti con un caso confermato di COVID-19/caso SARS-CoV-2 positivo
☐ SI ☐ NO

Di essere stato contattato dalla ATS/ASSL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID-19/persone SARS-CoV-2 positive (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario)

☐ SI ☐ NO

Di essere in quarantena obbligatoria o fiduciaria ☐ SI ☐ NO

Si invita il/la Sig/Sig.ra a contattare il proprio medico curante per gli adempimenti del caso.

Data/...../.....

Firma Medico/Fisioterapista.....

**AGGIORNAMENTO “PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE
DI RIABILITAZIONE FISICA
IN CORSO DI EMERGENZA COVID-19”**

Rev. 1 - Ottobre 2021

Pagina 3

TERZA PARTE

RIABILITAZIONE DOMICILIARE

Paziente:		
Mese:		
Dati clinici rilevati al triage invariati		
	Data	Firma Operatore
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

Paziente:		
Mese:		
Dati clinici rilevati al triage invariati		
	Data	Firma Operatore
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		