

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI RIABILITAZIONE FISICA IN CORSO DI EMERGENZA COVID-19

Edizione 28.04.2020

Pagina 1

SCHEDE DI TRIAGE

PRIMA PARTE DA COMPILARE NEL PRE-TRIAGE TELEFONICO

Nome e Cognome paziente data di nascita/...../.....

Luogo di nascita Residenza

Telefono

Negli ultimi 14 giorni ha manifestato i seguenti sintomi (barrare se sì)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Mialgia, poliartralgia |
| <input type="checkbox"/> Tosse secca | <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Mal di gola | <input type="checkbox"/> Raffreddore |
| <input type="checkbox"/> Mal di testa | <input type="checkbox"/> Astenia |
| <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Ageusia (disturbi del gusto) | <input type="checkbox"/> Anosmia (disturbi dell'olfatto) |

Ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID-19? ☐ SI ☐ NO

È stato contattato dalla ATS/ASSL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID-19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario)? ☐ SI ☐ NO

È stato malato di COVID-19 e dichiarato guarito da COVID19 per doppio tampone negativo? ☐ SI ☐ NO

Ha frequentato altre strutture sanitarie? ☐ SI ☐ NO Se sì, quale?.....

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

Firma operatore.....

SECONDA PARTE DA COMPLETARE IN AREA TRIAGE

Misurazione della temperatura

Medico di Medicina Generale.....Telefono.....e-mail.....

Rispetto al contatto telefonico ha manifestato sintomi? (Barrare se sì)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Mialgia, poliartralgia |
| <input type="checkbox"/> Tosse secca | <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Mal di gola | <input type="checkbox"/> Raffreddore |
| <input type="checkbox"/> Mal di testa | <input type="checkbox"/> Astenia |
| <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Ageusia (disturbi del gusto) | <input type="checkbox"/> Anosmia (disturbi dell'olfatto) |

ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID-19? ☐ SI ☐ NO

è stato contattato dalla ATS/ASSL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario)? ☐ SI ☐ NO

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

Firma operatore.....