

SORVEGLIANZA COVID – 19 SCHEDA DI TRIAGE

NOME _____ COGNOME _____
 DATA NASCITA ___/___/_____ SESSO M F
 RESIDENZA _____ TEL./CELL. _____
 CODICE FISCALE (specificare) _____ n. _____
 MEDICO CURANTE (MMG) _____ TEL. _____
 RIFERISCE FEBBRE PRESENTE O RECENTE NO SI TEMPERATURA RILEVATA _____
 RIFERISCE TOSSE NO SI RIFERISCE DISPNEA A INSORGENZA ACUTA NO SI
 DATA ESORDIO SINTOMI ___/___/_____ VACCINAZIONE INFLUENZA NO SI
 SOTTOPOSTO A MISURE DI QUARANTENA NO SI POSITIVITÀ COVID NO SI
 MODALITÀ ACCESSO 118 AUTONOMA INDICAZIONE MMG

Il riscontro di uno solo dei predetti sintomi (febbre, tosse e difficoltà respiratoria) è sufficiente a soddisfare i criteri per la definizione di **CASO SOSPETTO**.

Chiedere se **nei 14 giorni precedenti all'accesso**:

- È stato a stretto contatto (vedi allegato 1) con un caso probabile o confermato di COVID-19?
 NO SI
- È rientrato da altra regione/estero (Ordinanza Regionale n. 7 del 14/03/2020)?
 NO SI In caso di risposta affermativa, specificare _____
- Residente o domiciliato in uno dei Comuni per i quali la Regione ha emanato ordinanza di “chiusura” (Ordinanza Regionale n. 29 del 13/04/2020)?
SI NO

LA PARTE SOTTOSTANTE DOVRÀ ESSERE COMPILATA DAL PAZIENTE

Il sottoscritto _____
 Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)
DICHIARA
 Che quanto riportato nella presente scheda corrisponde al vero.
 Catanzaro ___/___/_____ _____
 (firma del paziente)

Catanzaro ___/___/_____ Ore ____:____

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____

Il presente documento è stato redatto sulla base dei criteri individuati dalla circolare ministeriale n. 7922 del 09/03/2020, con la riserva di apportare modifiche in caso di variazione della normativa.