APPENDICE

QUESTIONARIO/TRIAGE

Cognome _____Nome_____

Data di Nascita _____Luogo di Nascita _____

Familiare di _____ data di accesso in struttura _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO
-Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) SI NO

È in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

- Febbre/febbricola SI NO
- Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO
- Malessere, astenia SI NO
- Cefalea SI NO
- Congiuntivite SI NO
- Sangue da naso/bocca SI NO
- Vomito e/o diarrea SI NO
- Inappetenza/anoressia SI NO
- Confusione/vertigini SI NO
- Perdita/alterazione dell'olfatto SI NO
- Perdita di peso SI NO
- Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI NO

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

DATA_____ Firma

_____

BOZZA