

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 _____

In caso di più accessi della stessa persona, segue

Il sottoscritto DICHIARA che le informazioni sopra fornite sono tutte confermate anche con riferimento alla data odierna.

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Data..... Firma_____

Il sottoscritto DICHIARA che le informazioni sopra fornite sono tutte confermate anche con riferimento alla data odierna.

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Data..... Firma_____

Il sottoscritto DICHIARA che le informazioni sopra fornite sono tutte confermate anche con riferimento alla data odierna.

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Data..... Firma_____

Il sottoscritto DICHIARA che le informazioni sopra fornite sono tutte confermate anche con riferimento alla data odierna.

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Data..... Firma_____

Il sottoscritto DICHIARA che le informazioni sopra fornite sono tutte confermate anche con riferimento alla data odierna.

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Data..... Firma_____

Il sottoscritto DICHIARA che le informazioni sopra fornite sono tutte confermate anche con riferimento alla data odierna.

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Data..... Firma_____

Il sottoscritto DICHIARA che le informazioni sopra fornite sono tutte confermate anche con riferimento alla data odierna.

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Data..... Firma_____

Il sottoscritto DICHIARA che le informazioni sopra fornite sono tutte confermate anche con riferimento alla data odierna.

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Data..... Firma_____