



## QUESTIONARIO TRIAGE IN ACCESSO

NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA
<b>(SOLO PER ACCESSI IN URGENZA) E' IN QUARANTENA?</b>		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, data fine quarantena _____
<b>1. AL MOMENTO È AFFETTO, O SOSPETTA DI ESSERE AFFETTO DA COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
<b>2. E' STATO, CHE LEI SAPPIA, AFFETTO DA COVID-19? SE SÌ, È STATO DICHIARATO GUARITO CLINICAMENTE E CON TAMPONE?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, guarito clinicamente e con tampone negativo	
<b>3. HA AVUTO CONTATTI STRETTI CON SOGGETTI COVID19 POSITIVI NELLE ULTIME TRE SETTIMANE?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
<b>4. HA EFFETTUATO IL TAMPONE NASOFARINGEO PER COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, esito _____	
<b>5. HA O HA AVUTO PRESENTE QUALCUNO DI QUESTI SINTOMI:</b>	<input type="checkbox"/> Febbre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria <input type="checkbox"/> Congiuntivite <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Raffreddore <input type="checkbox"/> Mal di gola <input type="checkbox"/> Alterazione del gusto <input type="checkbox"/> Alterazione dell'olfatto <input type="checkbox"/> Spossatezza <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti) <input type="checkbox"/> Dolori muscolari diffusi	
<b>6. HA AVUTO CONTATTI CON PAZIENTI IN QUARANTENA, SIA AUTOIMPOSTA, CHE STABILITA DALLE AUTORITÀ SANITARIE NELLE ULTIME 4 SETTIMANE?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
<b>7. HA AVUTO CONTATTI STRETTI CON PAZIENTI COVID IN AMBITO PROFESSIONALE?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_