



## QUESTIONARIO triage SITO internet da compilare e presentare al 1° accesso

| NOME  | COGNOME   | DATA DI NASCITA  |
|---|---|--|
| E' IN QUARANTENA  |   | <input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SI, data fine quarantena _____ |
| 1. AL MOMENTO È AFFETTO, O SOSPETTA DI ESSERE AFFETTO DA COVID-19   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |  |
| 2. E' STATO, CHE LEI SAPPIA, AFFETTO DA COVID-19? SE SÌ, È STATO DICHIARATO GUARITO CLINICAMENTE O CON TAMPONE?   | <input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SI, guarito clinicamente e con tampone negativo   |  |
| 3. HA AVUTO CONTATTI STRETTI CON SOGGETTI COVID19 POSITIVI NELLE ULTIME TRE SETTIMANE?  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   |  |
| 4. E' RIENTRATO DA UNO DEI PAESI A RISCHIO (BELGIO, FRANCIA, PAESI BASSI, REPUBBLICA CECA, SPAGNA, REGNO UNITO DI GRAN BRETAGNA E IRLANDA DEL NORD) NEGLI ULTIMI 14 GIORNI? |   |  |
| 5. HA EFFETTUATO IL TAMPONE NASOFARINGEO PER COVID-19?  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, esito _____  |  |
| 6. HA SINTOMI RICONDUCEBILI A COVID-19  | <input type="checkbox"/> Febbre<br><input type="checkbox"/> Tosse<br><input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria<br><input type="checkbox"/> Congiuntivite<br><input type="checkbox"/> Diarrea<br><input type="checkbox"/> Raffreddore<br><input type="checkbox"/> Mal di gola<br><input type="checkbox"/> Alterazione del gusto<br><input type="checkbox"/> Alterazione dell'olfatto<br><input type="checkbox"/> Spossatezza<br><input type="checkbox"/> Cefalea<br><input type="checkbox"/> Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti)<br><input type="checkbox"/> Dolori muscolari diffusi |  |

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

FIRMA PAZIENTE \_\_\_\_\_

**AUTODICHIARAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il  
\_\_/\_\_/\_\_, dichiara che:

- il proprio stato di salute è rimasto invariato rispetto all'ultimo accesso effettuato presso l'Istituto Stomatologico Italiano (in particolare di non essere affetto da COVID – 19 o da sintomi riconducibili allo stesso)
- Di non aver avuto contatti stretti con pazienti COVID -19;
- Di non essere rientrato da Paesi a rischio quali Belgio, Francia, Paesi Bassi, Repubblica Ceca, Spagna, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del nord oppure di essere rientrato ma di essersi sottoposto a tampone nasofaringeo, come disposto dalla normativa vigente, con esito negativo.

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In fede (firma per esteso)

\_\_\_\_\_