

SCHEMA MINISTERIALE QUESTIONARIO TRIAGE IN STUDIO

DATA APPUNTAMENTO:

Dati Anagrafici			
Nome e Cognome		Codice matricola	
.....		
Indirizzo	Città	Cap	Provincia
.....
Data di nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale	
.....	

1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19? SI NO
2. È stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? SI NO
- Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone? SI NO
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID-19 positivi nelle ultime tre settimane? SI NO
4. Ha o ha avuto qualcuno di questi sintomi nelle ultime 3 settimane:
- Febbre
 - Tosse
 - Difficoltà respiratoria
 - Congiuntivite
 - Diarrea
 - Raffreddore
 - Mal di gola
 - Alterazione del gusto
 - Alterazione dell'olfatto
 - Spossatezza
 - Cefalea
 - Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti)
 - Dolori muscolari diffusi
5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta, che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane? SI NO
6. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID-19 in ambito professionale? SI NO

Data

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore

.....

.....