

SCHEDA DI TRIAGE OSPEDALIERO - EMERGENZA PANDEMIA DA COVID - 19

TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

INTRAMOENIA: SI NO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome

Data Nascita Luogo di nascita CF:

Residenza in via n° Comune prov.

tel. / cell. mail

in qualità di *paziente* / *accompagnatore* / *soccorritore* / *visitatore* / *altro* (volontario, informatore, tecnico, etc) consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiara che i dati anagrafici sopra indicati nonché le informazioni poste di seguito, corrispondono al vero:

DATI ANAMNESTICI - Ha avuto negli ultimi 21 giorni uno o più di questi sintomi?

1. FEBBRE >37,5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
2. TOSSE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
3. DIFFICOLTA' RESPIRATORIE/DISPNEA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
4. STANCHEZZA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
5. MAL DI GOLA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
6. MAL DI TESTA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
7. DOLORI MUSCOLARI E/O ARTICOLARI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
8. CONGESTIONE NASALE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
9. NAUSEA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
10. VOMITO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
11. PERDITA DI OLFATTO O GUSTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
12. CONGIUNTIVITE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>
13. DIARREA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DA QUANDO:	<input type="text"/>

HA ASSUNTO FARMACI ANTIPIRETTICI, ANTINFIAMMATORI O CHE POSSANO ATTENUARE/ELIMINARE I SINTOMI SOPRA NELLE ULTIME 48 ORE
SI NO

DATI EPIDEMIOLOGICI *da comunicare per quanto di propria conoscenza*

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI <input type="checkbox"/> / SOSPETTI <input type="checkbox"/> COVID-19	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CONTATTO CON FAMILIARI <input type="checkbox"/> / CONVIVENTI <input type="checkbox"/> DI CASI COVID	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CONTATTO CON FAMILIARI <input type="checkbox"/> / CONVIVENTI <input type="checkbox"/> CHE PRESENTANO O HANNO PRESENTATO NEGLI ULTIMI 21 GIORNI FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
FREQUENZA NEGLI ULTIMI 21 GIORNI DI ALTRI LUOGHI DI CURA IN CUI SI SIANO VERIFICATI DEI CASI DI POSITIVITÀ	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Se sì, dove: ITALIA Indicare la Regione:
 ESTERO Indicare la Nazione:

Dichiara di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo 2016/679 (GDPR).

Il/la sottoscritto/a si impegna a rispettare tutte le misure di prevenzione (igiene delle mani, uso di mascherina, distanziamento fisico), come meglio specificate anche nel **regolamento di accesso all'Ospedale** per tutta la permanenza negli spazi interni ed esterni dell'Ospedale.

Compilato il giorno ____ / ____ / ____ FIRMA leggibile del Dichiarante _____

Visto e firma dell'Operatore del triage _____ che rileva la TC di ____ °C

