



<p>TRIAGE TELEFONICO</p> <p>AUTOCERTIFICAZIONE TEMPERATURA CORPOREA</p> <p>PER INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO COVID-19</p>	<p>DPz 10 Rev 00 del 10-09-2020</p>
---	--

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Ha avuto contatto stretto con un caso SOSPETTO O CERTO di COVID-19?	NO: ___ SI: ___ NON SO: ___ Se si QUANDO? _____
Ha fatto viaggi negli ultimi 14 giorni?	NO: ___ SI: ___ Se si DOVE? _____
Ha eseguito il TAMPONE naso-orofaringeo per diagnosi di COVID-19?	NO: ___ SI: ___ Se si QUANDO? _____ Ha con sé il referto? NO: ___ SI: ___ Era positivo? NO: ___ SI: ___
Ha eseguito il test sierologico per COVID-19?	NO: ___ SI: ___ Se si QUANDO? _____ Ha con sé il referto? NO: ___ SI: ___ Era positivo? NO: ___ SI: ___
E' in isolamento domiciliare, contumaciale o fiduciario, per COVID19?	NO: ___ SI: ___

VALUTAZIONE CLINICA

Ha febbre > 37,5?	NO: ___ SI: ___
Ha tosse?	NO: ___ SI: ___
Ha mal di gola?	NO: ___ SI: ___
Ha raffreddore?	NO: ___ SI: ___
Ha bruciore agli occhi?	NO: ___ SI: ___
Ha difficoltà a respirare?	NO: ___ SI: ___
Ha perdita del gusto e dell'olfatto?	NO: ___ SI: ___
Ha vomito?	NO: ___ SI: ___
Ha diarrea?	NO: ___ SI: ___
Nei 14 giorni antecedenti la data odierna ha avuto uno o più sintomi fra quelli sopradescritti?*	NO: ___ SI: ___

Io sottoscritto, consapevole di quanto prescritto all'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 sulla responsabilità penale (artt. 482-483-489 e 496 c.p. e leggi speciali in materia) a cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di falsa attestazione e sotto la mia responsabilità, attesto che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data _____ Firma del paziente _____

La mia Temperatura corporea è di _____ gradi.

Data _____ Firma _____

Firma dell'operatore di triage _____

In caso di soggetto-utente minorenni la firma viene apposta da chi esercita la patria potestà.
(GENITORE ALTRO PARENTE)

Perugia, li _____ FIRMA _____