



|   |  |
|---|--|
| <p><b>TRIAGE</b></p> <p><b>AUTOCERTIFICAZIONE TEMPERATURA CORPOREA</b></p> <p><b>RISCHIO COVID-19</b></p> | <p><b>DPz 10</b><br/><b>Rev 02</b><br/><b>02-09-2021</b></p> |
|---|--|

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Cognome Nome                  |              |
| Residenza (comune)            | Telef./Cell  |
| Nome Medico medicina generale | Cell. Medico |

**VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA**

|   |  |
|---|--|
| Ha effettuato la vaccinazione anti-Covid 19?                          | NO: _____ SI: _____<br>QUANDO ULTIMA DOSE? |
| Ha avuto contatto stretto con un caso SOSPETTO O CERTO di COVID-19?   | NO: _____ SI: _____                        |
| Ha eseguito il TAMPONE naso-orofaringeo per diagnosi di COVID-19?     | NO: _____ SI: _____                        |
| Ha eseguito il test sierologico per COVID-19?                         | Era positivo? NO: _____ SI: _____          |
|   | NO: _____ SI: _____                        |
| E' in isolamento domiciliare, contumaciale o fiduciario, per COVID19? | Era positivo? NO: _____ SI: _____          |
|   | NO: _____ SI: _____                        |

**VALUTAZIONE CLINICA**

|  |   |
|--|---|
| Ha febbre > 37,5?  | NO: _____ SI: _____                       |
| Ha tosse, mal di gola, raffreddore, bruciore agli occhi, perdita di gusto e olfatto, vomito o diarrea? | NO: _____ SI: _____<br><br>Quale sintomo? |

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 minorenne la firma viene apposta da chi esercita la patria potestà.***

(GENITORE • ALTRO PARENTE • )

Perugia, li \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_