



COGNOME..... NOME.....

DATA NASCITA.....

Residenza/Domicilio.....

VISITA / ESAME.....

1. NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO UN CONTATTO STRETTO CON UN CASO
SOSPETTO/CONFERMATO DI COVID 19?

- SI
 NO

2. ATTUALMENTE E' IN QUARANTENA O HA AVUTO CONTATTI CON PERSONE IN
QUARANTENA?

- SI
 NO

3. NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA MANIFESTATO SINTOMI DI TIPO RESPIRATORIO?
(tosse, mal di gola, raffreddore, difficoltà respiratorie)

- SI
 NO

4. NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA MANIFESTATO SINTOMI SISTEMICI?
(febbre/febbricola, cefalea, mialgie/malessere, incapacità di sentire i sapori e gli odori)

- SI
 NO

5. NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA MANIFESTATO SINTOMI GASTROINTESTINALI?
(diarrea, vomito, nausea)

- SI
 NO

IL PAZIENTE (CHE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA')
.....

OPERATORE CHE VALUTA IL TRIAGE
.....

DATA.....