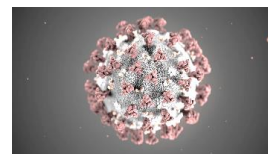


Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID
Le chiediamo di rispondere alle domande sotto indicate.



DATI PAZIENTE			
Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza: via		n.	
Comune		Prov.	Tel/cell
Componenti nucleo familiare n.		MMG dott.	
Presenza di caregiver esterno (<i>specificare se a ore o full time</i>)			SI NO
Possibilità di isolamento domiciliare			SI NO
E' già stato positivo al COVID-19			SI NO

Negli ultimi 30 giorni il paziente/ospite ha avuto:

Febbre > 37.5 °	SI	NO
Tosse	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Difficoltà di respiro	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Mancanza del senso di gusto e/o olfatto	SI	NO
Diarrea	SI	NO

Negli ultimi 14 giorni il paziente/ospite ha avuto contatti con:

Persone affette da COVID-19 (<i>familiari, caregiver, altre persone</i>)	SI	NO
Persone con sintomi influenzali	SI	NO

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute sua e delle persone che le stanno vicino, Le chiediamo di contattare il suo Medico di Medicina Generale.

Data _____

Firma operatore _____

Si confermano i dati riferiti nel sopraindicato triage telefonico.

Data _____

Firma _____

(ospite o suo rappresentante/familiare/caregiver /tutore/amm.re di sostegno)