Medico _____ Data _____

Cognome nome paziente _____ Luogo e data di nascita _____

Indirizzo di residenza completo _____

Indirizzo di domicilio completo (se diverso da residenza) _____

recapiti telefonici _____ recapiti mail _____

STEP 2 - TRIAGE PER COVID19 IN PRESENZA

domande da riproporre ad ogni seduta

(A) Oggi ha i seguenti sintomi?

Screening sintomi infezione SARS-CoV-2	SI	NO
Febbre > 37.5°C (88%)		
Tosse secca (68%)		
Affaticamento (38%)		
Produzione di espettorato (33%)		
Dispnea (19%)		
Mialgia o artralgia (15%)		
Mal di gola (14%)		
Mal di testa (14%)		
Vomito (5%)		
Diarrea (4%)		
Disgeusia (alter. del gusto)		
Anosmia (alter. dell'olfatto)		

→ *Quadro compatibile con infezione da SAR-CoV-2?*

☐ SI → Invitare il paziente a rientrare al proprio domicilio e contattare il proprio medico di fiducia.
Attuare misure di sanificazione e disinfezione di ambienti e oggetti con cui è venuto in contatto il paziente.

☐ NO → Valutare "Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2" (B)

(B) Nei giorni intercorsi da quando ci siamo sentiti/visti:

Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2	SI	NO	
ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare?			*se uno o più SI la presa in carico in presenza è possibile ma valutare se adottare dispositivi ad alto livello di protezione* *se tutti NO proseguire nella presa in carico*
è stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare?			

Luogo e data _____ Firma del paziente _____