

SCHEDA TRIAGE PER TEST ANTIGENICO/SIEROLOGICO per la ricerca di SARS-CoV-2

1. ANAGRAFICA PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Luogo nascita _____
 Via domicilio _____ Comune _____
 Telefono _____

2. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA*

Ha avuto contatto stretto con un caso SOSPETTO O CERTO di COVID-19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha fatto viaggi in paesi a rischio negli ultimi 14 giorni?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si DOVE? _____
E' in attesa dell'esito di un TAMPONE naso-orofaringeo per diagnosi di COVID-19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
E' in isolamento domiciliare fiduciario, in quarantena o in isolamento contumaciale per COVID-19?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

Vaccinato SI DATA 2°dose _____ NO ; EX Covid SI DATA LIBERATORIA _____ NO

3. VALUTAZIONE CLINICA*

Ha febbre (> 37,5) o l'ha avuta nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha tosse o l'ha avuta nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha mal di gola o l'ha avuto nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha raffreddore o l'ha avuto nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha bruciore agli occhi o l'ha avuto nei giorni precedenti??	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha difficoltà a respirare o l'ha avuta nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha perdita del gusto e dell'olfatto o l'ha avuti nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha vomito o l'ha avuto nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha diarrea o l'ha avuta nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

***Nel caso di risposte negative procedere con l'appuntamento, da confermare il giorno dell'esecuzione del test.
 Nel caso di risposte positive, non effettuare l'accertamento e consigliare di rivolgersi al medico curante.**

Data triage telefonico _____ Firma dell'operatore di triage _____

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 _____