

<b>DATA:</b>	<b>N° DI TELEFONO</b>
<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>

(A) Negli ultimi 14 giorni ha avuto i seguenti sintomi?			
QUESTIONARIO			COSA FARE
Oggi ha i seguenti sintomi?	SI	NO	<p>◇ Quadro compatibile con infezione da SAR-CoV-2? (se febbre o tosse secca SI. Per gli altri valutare n° di sintomi presenti e la loro probabilità di correlazione con SARS-CoV-2)</p> <p>SI Invitare il paziente a rimanere al proprio domicilio e contattare il proprio medico di fiducia.</p> <p>NO Valutare "Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2" (B)</p>
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)			

(B) Negli ultimi 14 giorni:			
QUESTIONARIO			COSA FARE
Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2	SI	NO	<p>se uno o più SI la presa in carico in presenza è possibile, gli si conferma l'appuntamento ma si adottano dispositivi ad alto livello di protezione</p> <p>se tutti NO Si conferma l'appuntamento</p>
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?			
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?			
è stato malato di COVID19 e dichiarato clinicamente guarito da COVID19 per doppio tampone negativo?			
			Firma Operatore _____



**SCHEDA VALUTAZIONE INIZIALE  
RISCHIO COVID-19  
Triage in sede**

M-ACCS-1  
Rev.0 del 04.06.20

<b>DATA:</b>	<b>N° DI TELEFONO</b>			
<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>			
<b>(C) NEI 14 GIORNI PRECEDENTI</b>				
<b>QUESTIONARIO</b>			<b>COSA FARE</b>	
Oggi ha i seguenti sintomi?	SI	NO	Quadro compatibile con infezione da SAR-CoV-2?	
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)				
			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" (C)

<b>QUESTIONARIO</b>			<b>COSA FARE</b>	
(D) Nei giorni intercorsi da quando ci siamo sentiti/visti:				
	SI	NO		
Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2 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 si adottano dispositivi ad alto livello di protezione se tutti
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?			se tutti NO	si prosegue nella presa in carico

**Temperatura\* rilevata all'ingresso: .....** Firma Paziente \_\_\_\_\_

<b>DA COMPILARE I PROSSIMI APPUNTAMENTI / TRATTAMENTI</b>	
Confermo le risposte già date sul presente questionario in data __/__/____ <b>Temperatura* rilevata all'ingresso: .....</b>	Data __/__/____ Firma Paziente _____
Confermo le risposte già date sul presente questionario in data __/__/____ <b>Temperatura* rilevata all'ingresso: .....</b>	Data __/__/____ Firma Paziente _____
Confermo le risposte già date sul presente questionario in data __/__/____ <b>Temperatura* rilevata all'ingresso: .....</b>	Data __/__/____ Firma Paziente _____
Confermo le risposte già date sul presente questionario in data __/__/____ <b>Temperatura* rilevata all'ingresso: .....</b>	Data __/__/____ Firma Paziente _____
Confermo le risposte già date sul presente questionario in data __/__/____ <b>Temperatura* rilevata all'ingresso: .....</b>	Data __/__/____ Firma Paziente _____
Confermo le risposte già date sul presente questionario in data __/__/____ <b>Temperatura* rilevata all'ingresso: .....</b>	Data __/__/____ Firma Paziente _____
Confermo le risposte già date sul presente questionario in data __/__/____ <b>Temperatura* rilevata all'ingresso: .....</b>	Data __/__/____ Firma Paziente _____
Confermo le risposte già date sul presente questionario in data __/__/____ <b>Temperatura* rilevata all'ingresso: .....</b>	Data __/__/____ Firma Paziente _____
Confermo le risposte già date sul presente questionario in data __/__/____ <b>Temperatura* rilevata all'ingresso: .....</b>	Data __/__/____ Firma Paziente _____

\* Registrare la temperatura solo se superiore a 37,5°