

## TRIAGE PER VALUTAZIONE PRESENZA DI SINTOMI COVID-19

NOME	N. TELEFONO
COGNOME	INDIRIZZO
DATA E LUOGO DI NASCITA	CITTA'

Ha in questo momento o ha avuto negli ultimi 14 giorni?

febbre >37.5	<b>SI</b>	<b>NO</b>
tosse secca?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
affaticamento?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
produzione di espettorato	<b>SI</b>	<b>NO</b>
problemi respiratori quali dispnea ?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Mialgia o artralgia	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Mal di gola	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Mal di testa	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Vomito	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Diarrea	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Disgeusia (alterazione del gusto)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Anosmia (alterazione dell'olfatto)	<b>SI</b>	<b>NO</b>

Ha avuto o ha contatti*/familiari con casi accertati covid-19?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha frequentato ambienti sanitari con casi accertati/sospetti?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
E' sottoposto a misure di quarantena o è risultato positivo al tampone per covid-19?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Data insorgenza sintomi	..../..../....	

\*contatto diretto a meno di 1 mt di distanza, per più di 15 minuti, in ambiente chiuso come sede di lavoro, casa ecc..

Idati sopra riportati sono raccolti e trattati per finalità di interesse pubblico di protezione dall'emergenza sanitaria " COVID-19" e saranno conservati per il tempo necessario a perseguire tali finalità.

Acconsento all'esecuzione del tampone Rino-Faringeo per la ricerca del Sars-Cov-2 e al trattamento dei dati personali.

Luogo e data

Firma del Paziente

\_\_\_\_\_

Spazio riservato al laboratorio

Esito esame : Positivo  ; Negativo