

**SCHEDA PRE TRIAGE PER ACCESSO ALLA STRUTTURA**

Nome Cognome:		Data di nascita:	
Indicare se è: PAZIENTE <input type="checkbox"/> VISITATORE <input type="checkbox"/>		Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
<b>CRITERIO CLINICO</b>			
Febbre (oltre 37,4°C)		SI	NO
Negli ultimi 7 giorni ha avuto qualcuno di questi sintomi?: Tosse, Dispnea (recente difficoltà respiratoria), Alterazione del gusto/olfatto, Congiuntivite		NO	
Se SI, quale?			
<b>CRITERIO EPIDEMIOLOGICO</b>			
Isolamento fiduciario domiciliare (quarantena) in atto		SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha avuto uno dei seguenti contatti?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convivenza con un caso di COVID-19</li> <li>• Contatto fisico diretto con un caso di COVID-19</li> <li>• Permanenza in un ambiente chiuso (ad esempio: aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti e a distanza minore di 2 metri</li> </ul>		NO	
Se SI, quale?			

In presenza di almeno una delle condizioni sopra elencate potrà essere negato l'accesso in struttura. In questo caso si invita il paziente a contattare il medico di base.

La scheda è richiesta al fine di garantire la Sua sicurezza e quella degli operatori che la assistono.

Si ringrazia per la gentile collaborazione

Sottoscritto in data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Firma paziente \_\_\_\_\_