



Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle domande sotto indicate.

DATI PAZIENTE			
Cognome	Nome		
Data di nascita	Luogo di nascita		
Residenza: via	n.		
Comune	Prov.	Tel/cell	
Componenti nucleo familiare n.	MMG dott.		
Presenza di caregiver esterno (<i>specificare se a ore o full time</i>)	SI	NO	
Possibilità di isolamento domiciliare	SI	NO	
E' già stato positivo al COVID-19	SI	NO	

Negli ultimi 30 giorni il paziente/ospite ha avuto:

Febbre > 37.5 °	SI	NO
Tosse	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Difficoltà di respiro	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Mancanza del senso di gusto e/o olfatto	SI	NO
Diarrea	SI	NO

Negli ultimi 14 giorni il paziente/ospite ha avuto contatti con:

persone affette da COVID-19 (<i>familiari, caregiver, altre persone</i>)	SI	NO
persone con sintomi influenzali	SI	NO

Nel caso ci siano risposte affermativie, per la tutela della salute sua e delle persone che le stanno vicino, Le chiediamo di contattare il suo Medico di Medicina Generale.

Data _____ Firma operatore _____

Si confermano i dati riferiti nel sopraindicato triage telefonico.

Data _____ Firma _____

(ospite o suo rappresentante/familiare/caregiver /tutore/amm.re di sostegno)