

## Scheda di triage telefonico per esami sierologici COVID19

 Data 

 Cognome Nome paziente 

 Luogo e data di nascita 

 Indirizzo di residenza completo 

 Recapiti telefonici 

 Recapiti mail 

### STEP 1 - TRIAGE PER COVID19 TELEFONICO

(Domande da porre al paziente durante la prenotazione del prelievo)

**(A) E' attualmente affetto da COVID19 o posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva?**

<input type="checkbox"/>	SI →	Non è possibile prenotare prelievo
<input type="checkbox"/>	NO →	screening sintomi infezione SAR-CoV-2 (B)

**Ha effettuato tamponi?**

<input type="checkbox"/>	SI →	
<input type="checkbox"/>	NO →	

**Negli ultimi 15 giorni è venuto/a in contatto con persone che hanno contratto il COVID19?**

<input type="checkbox"/>	SI →	
<input type="checkbox"/>	NO →	

(A) negli ultimi 14 giorni ha avuto i seguenti sintomi?

Screening sintomi infezione SARS-CoV-2 <sup>1</sup>	SI	NO
Febbre > 37.5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse secca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affaticamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
produzione di espettorato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgia o artralgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disgeusia (alter. del gusto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anosmia (alter. dell'olfatto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ 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)

 SI →

 NO →

invitare il paziente a contattare il proprio medico di fiducia.

Valutare "Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2" (C)

<sup>1</sup> Rapporto ISS COVID-19 • n. 12/2020 Indicazioni *ad interim* per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19 versione 13 aprile 2020

(B) Negli ultimi 14 giorni:

Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2

	SI	NO	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se uno o più SI è possibile effettuare la prenotazione (per i primi due casi al termine della quarantena) ma valutare se adottare dispositivi ad alto livello di protezione
è stato contattato dalla 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se tutti NO prenotare prelievo ematico
è stato malato di COVID19 e dichiarato clinicamente guarito da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## STEP 2 - TRIAGE PER COVID19 IN PRESENZA

### domande da riproporre prima del prelievo

(A) Oggi ha i seguenti sintomi?

Screening sintomi infezione SARS-CoV-2	SI	NO	°C
Febbre > 37.5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
Tosse secca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Affaticamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produzione di espettorato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mialgia o artralgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disgeusia (alter. del gusto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anosmia (alter. dell'olfatto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

→ *Quadro compatibile con infezione da SARS-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)*

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 SARS-CoV-2" (B)

(B) Nei giorni intercorsi da quando ci siamo sentiti/visti:

Situazioni a rischio di infezione da SARS-CoV-2	SI	NO	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>se uno o più SI la presa in carico in presenza è possibile ma bisogna adottare dispositivi ad alto livello di protezione</i>
è stato contattato dalla 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Luogo e data

Firma del paziente

\_\_\_\_\_