**TRIAGE TAMPONI COVID-19**

**Cognome e nome del paziente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Luogo e data di nascita : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo di residenza completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_**

**Recapiti telefonici : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E’ attualmente affetto da COVID19 o posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | SI 🡪 |  |
|   | NO 🡪 |   |

**Negli ultimi 15 giorni è venuto in contatto con persone che hanno contratto il COVID-19?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | SI 🡪 |   |
|   | NO 🡪 |   |

**Negli ultimi 14 giorni ha avuto i seguenti sintomi?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **Febbre > 37,5° C** |  |  |
| **Tosse secca** |  |  |
| **Affaticamento**  |  |  |
| **Produzione di espettorato**  |  |  |
| **Dispnea**  |  |  |
| **Mialgia o Artralgia**  |  |  |
| **Mal di Gola**  |  |  |
| **Mal di testa**  |  |  |
| **Vomito**  |  |  |
| **Diarrea**  |  |  |
| **Disgeusia (Alter. Del gusto)** |  |  |
| **Anosomia (Alter. Dell’olfatto)** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Situazioni a rischio di infezione da SARS-CoV-2**  | **SI** | **NO** |
| 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? |  |  |

 **Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Paziente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_