

## COVID 19 TRIAGE IN STUDIO

1. Al momento è affetto o sospetta di essere affetto da COVID-19?  sì  no
2. È stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone?  sì  no
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID19 positivi nelle ultime tre settimane?  sì  no
4. Ha o ha avuto qualcuno di questi sintomi:
  - a. Febbre  sì  no
  - b. Tosse  sì  no
  - c. Difficoltà respiratoria  sì  no
  - d. Congiuntivite  sì  no
  - e. Diarrea  sì  no
  - f. Raffreddore  sì  no
  - g. Mal di gola  sì  no
  - h. Alterazione del gusto  sì  no
  - i. Alterazione dell'olfatto  sì  no
  - j. Spossatezza  sì  no
  - k. Cefalea  sì  no
  - l. Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti)  sì  no
  - m. Dolori muscolari diffusi  sì  no
5. Ha avuto contatti nelle ultime 4 settimane con pazienti in quarantena, sia autoimposta che stabilita dalle autorità sanitarie,?  sì  no
6. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale?  sì  no
7. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone provenienti da aree a rischio?  sì  no



**Braga Bocchieri**

Studio di Odontoiatria e Ortodonzia

Aut ASU FC n° 192 663 del 23/12/2021

DIR.SANITARIO: DOTT.GIOVANNI BRAGA

**DOTT. GIOVANNI BRAGA**

MEDICO CHIRURGO

SPECIALISTA IN ODONTOSTOMATOLOGIA

**DOTT.SSA ANNA BOCCHIERI**

MEDICO CHIRURGO

SPECIALISTA IN ODONTOSTOMATOLOGIA

SPECIALISTA IN ORTOGNATODONZIA

MASTER UNIV. II LIV. IN MEDICINA DEL SONNO

Confermo di aver già risposto negativamente a tutte le domande soprariportate in occasione del triage telefonico avvenuto all'atto della conferma dell'appuntamento

sì     no

Data \_\_\_\_\_

Firma (paziente) \_\_\_\_\_