

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

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) _____