

COVID 19 TRIAGE TELEFONICO

1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19?
2. È stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone?
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID19 positivi nelle ultime tre settimane?
4. Ha o ha avuto presente qualcuno di questi sintomi:
 - a. Febbre
 - b. Tosse
 - c. Difficoltà respiratoria
 - d. Congiuntivite
 - e. Diarrea
 - f. Raffreddore
 - g. Mal di gola
 - h. Alterazione del gusto
 - i. Alterazione dell'olfatto
 - j. Spossatezza
 - k. Cefalea
 - l. Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti)
 - m. Dolori muscolari diffusi
5. Ha avuto contatti nelle ultime 4 settimane con pazienti in quarantena, sia autoimposta che stabilita dalle autorità sanitarie?
6. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale?

Data _____

Firma (paziente) _____