



<b>SCHEDA TRIAGE COVID 19</b>		
<b>COGNOME E NOME:</b> _____		
DATA DI COMPILAZIONE ____/____/____		
<b>CRITERIO 1</b> (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)		
<b>PRESENZA DI SINTOMI MAGGIORI (almeno uno)</b>		
Febbre >37,5°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data di insorgenza dei sintomi: ____/____/____		
<b>CRITERIO 2</b> (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)		
<b>PRESENZA DI SINTOMI MINORI (almeno due)</b>		
Rinite (raffreddore, mal di gola,...)/Faringodinia (difficoltà a deglutire)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mialgia/astenia (dolori muscolari, debolezza)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nausea/vomito/diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Disosmia/disgeusia (alterazione olfatto/gusto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data di insorgenza dei sintomi: ____/____/____		
<b>CRITERIO 3 SITUAZIONI EPIDEMIOLOGICHE (almeno uno)</b>		
Isolamento fiduciario domiciliare in atto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Nei 14 giorni precedenti: (almeno uno)</b>		
Hanno soggiornato o transitato nei paesi: <b>Brasile, India, Bangladesh, Sri Lanka, Australia, Nuova Zelanda, Repubblica di Corea, Ruanda, Singapore, Tailandia, Giappone, Canada, Stati Uniti, Gran Bretagna, Irlanda del Nord</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Contatto stretto con caso confermato di Covid-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Decesso di familiare o convivente per cause inspiegate	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Accesso in ospedale, pronto soccorso o reparto ospedaliero con casi accertati di Covid-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Provenienza da struttura residenziale con casi accertati o sospetti di Covid-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nel Protocollo sicurezza Covid- 19 pubblicato sul sito internet dell'A.O. Ordine Mauriziano di Torino.

Firma del candidato