



QUESTIONARIO TRIAGE COVID-19

MD P.S. COVID-19-b
Rev 4
19 maggio 2020
pagina 2 di 2

Se SI, specificare dove e quando: _____

17. Lavora in un ospedale, RSA o in altra struttura sanitaria? SI NO

18. E' stato/a in contatto con qualcuno affetto da COVID-19? SI NO

Se SI, specificare: _____

19. Le è stato diagnosticato il COVID-19? SI NO

Se SI, specificare: _____

20. E' sottoposto/a alla misura della quarantena? SI NO

Se SI, specificare: _____

21. Convive con qualcuno a cui è stato diagnosticato il COVID-19 o che presenta i sintomi del COVID-19 (febbre, tosse, perdita del gusto e/o dell'olfatto)? SI NO

Se SI, specificare: _____

22. Se ha avuto il COVID-19 ed è guarito, dispone dell'apposito certificato di guarigione? SI NO

23. **SOLO PER I PAZIENTI** Soffre di patologie croniche come diabete, malattie respiratorie, malattie renali, etc. ? SI NO

Se SI, specificare: _____

N.B. SI RICORDA CHE ALCUNE PATOLOGIE CRONICHE POTREBBERO AGGRAVARE IL QUADRO CLINICO QUALORA SI SOVRAPPONESSE UNA INFEZIONE DA SARS-CoV-2

LUOGO E DATA DI COMPILAZIONE: _____ FIRMA: _____

DA COMPILARE AL MOMENTO DELL'INGRESSO IN S.I.S.Me.R.:

Firmando questa sezione del questionario prendo atto che presso S.I.S.Me.R. sono attuate le misure di prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 prescritte nella documentazione cogente di riferimento (DPCM 26/04/2020) ed in particolare: rilevamento a distanza della temperatura corporea, uso di mascherina a protezione delle vie respiratorie, sanificazione delle mani con soluzione di ipoclorito di sodio 0,05%, utilizzo di calzari, mantenimento della distanza sociale, presenza di accompagnatori solo in casi identificati. Il personale della struttura indossa abbigliamento e calzature dedicate.

FIRMA: _____



QUALORA SI INSTAURASSERO MODIFICHE RISPETTO A QUANTO DICHIARATO NEL PRESENTE QUESTIONARIO E' NECESSARIO SEGNALARLO TEMPESTIVAMENTE A S.I.S.Me.R. AI SEGUENTI INDIRIZZI:

PAZIENTI: pazienti@sismer.it

PERSONALE: daniele.barnabe@sismer.it

VISTO DA: _____ DATA: _____