

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_

TC° rilevata \_\_\_\_\_

Paziente SI  NO       Accompagnatore SI  NO

<b>N.1</b>	<b>ACCUSA SINTOMI COME?</b>			
	TOSSE	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	MAL DI GOLA	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	RAFFREDDORE	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	<b>ALTRI SINTOMI</b>			
	FEBBRE O FEBBRICOLA	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
SPOSSATEZZA, CEFALEA, SINTOMI SIMILINFLUENZALI			<b>SI</b>	<b>NO</b>

<b>N.2</b>	<b>HA AVUTO UN *CONTATTO STRETTO CON UN CASO CONFERMATO DI COVID-19?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
	<b>ANCHE NEI 5/7 GG PRECEDENTI?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>

**\*PER CONTATTO STRETTO si intende:**

Esposizione associata alla vicinanza con caso confermato Covid 19 senza alcuna protezione con mascherine o FFP2, o permanenza/convivenza nello stesso ambiente di pazienti confermati Covid-19 ( con una distanza meno di due metri e per più di 15 minuti)

*N.B: la presente check list deve essere riconsegnata dopo la compilazione, all'operatore del triage, verrà poi allegata alla sua cartella clinica di ricovero e/o prestazione sanitaria da espletare, ai fini del rilevamento epidemiologico*

Torino, il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_