MODULO DI TRIAGE

Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto (specificare in una nota*) con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?

SI	NO

*Nota:

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

Febbre	SI	NO
Tosse secca	SI	NO
Respiro affannoso/difficoltà respiratorie	SI	NO
Dolori muscolari diffusi	SI	NO
Mal di testa e raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO
Perdita del senso del gusto (ageusia)	SI	NO
Perdita del senso dell'olfatto (anosmia)	SI	NO

già risultato positivo all'infezione da coronavirus (COVID-19)?

SI	NO

DATI ANAGRAFICI

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Domicilio attuale se diverso da residenza	
Contatto telefonico	
Mail	

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art„ 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000.

Luogo e data Firma

Come da protocollo Anti-contagio Covid -19, paragrafo << 5.1 Divieto di accesso alle pertinenze A.S.D.P.E.>> Si ricorda che l'accesso NON è consentito a: Coloro che, negli ultimi 14 giorni, abbiano avuto contatti stretti (per la definizione di "contatti stretti" si veda Allegato 4 – Definizione di "Contatti Stretti" - Fonte ECDC) con soggetti risultati positivi al COVID-19;Coloro che presentano febbre (>= 37.5°C) o altri sintomi influenzali sopra specificati