

Nome _____ Cognome _____

Luogo e Data di Nascita _____

TC° rilevata _____

Paziente SI NO Accompagnatore SI NO

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

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

***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 _____