

## QUESTIONARIO/TRIAGE

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Ha avuto una diagnosi di COVID-19?  SI  NO

- Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?)  SI  NO

È in quarantena?  SI  NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?  SI  NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?  SI  NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

- Febbre/febbre  SI  NO
- Tosse e/o difficoltà respiratorie  SI  NO
- Malessere, astenia  SI  NO
- Cefalea  SI  NO
- Congiuntivite  SI  NO
- Sangue da naso/bocca  SI  NO
- Vomito e/o diarrea  SI  NO
- Inappetenza/anoressia  SI  NO
- Confusione/vertigini  SI  NO
- Perdita/alterazione dell'olfatto  SI  NO
- Perdita di peso  SI  NO
- Disturbi dell'olfatto e o del gusto  SI  NO

T° Corporea rilevata all'ingresso \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all' Art. 76 de1 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

DATA \_\_\_\_\_

Firma