



Villa San Giuseppe

SANTO STEFANO RIABILITAZIONE

STEP 2 Scheda - TRIAGE PER COVID-19 IN PRESENZA (all. B) Questionario in ingresso da consegnare al medico al momento della visita

Nome Cognome _____
 Data di nascita _____
 indirizzo _____
 telefono _____
 mail _____

(A) Oggi ha i seguenti sintomi?

Screening sintomi infezione SARS-CoV-2	SI	NO
Febbre > 37.5°C (88%)		
Tosse secca (68%)		
Affaticamento (38%)		
Produzione di espettorato (33%)		
Dispnea (19%)		
Mialgia o artralgia (15%)		
Mal di gola (14%)		
Mal di testa (14%)		
Vomito (5%)		
Diarrea (4%)		
Disgeusia (alter. del gusto)		
Anosmia (alter. dell'olfatto)		

@ Quadro compatibile con infezione da SAR-CoV-2?

SI @

NO@

Invitare l'Utente a rientrare al proprio domicilio e contattare il proprio MMG. Attuare misure di sanificazione e disinfezione di ambienti ed oggetti con cui è venuto in contatto l'Utente*

Valutare "Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2" (B)

Nei 14 gg precedenti

Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2

SI	NO

Ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID-19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare?

È stato contattato dalla ATS in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID-19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare?

Ha avuto familiari o contatti stretti (<1 mt per almeno 15 minuti) senza dispositivi di protezione con un caso sospetto o con un caso posto in quarantena?

se uno o più SI, valutazione a carico del medico che deve eseguire la prestazione

Luogo e data Anzano del Parco, / / 2021

Firma dell'Utente _____



KOS Care s.r.l.
Sede Legale: Via Durini, 9 • 20122 Milano
C.F. e P.I. 01148190547 • Capitale sociale € 2.550.000 i.v.
Direzione e Coordinamento art. 2497 cc: KOS SpA

Sistema Sanitario



Regione Lombardia