

**TRIAGE PER COVID-19 IN PRESENZA (da riproporre a ogni seduta)**

Io sottoscritto/a **NOME COGNOME** C.F. **CODICE FISCALE**, nato/a a **CITTA'** il XX/XX/XXXX e residente in **INDIRIZZO**  
CAP CITTA' PROV., STATO, Tel: XXXXXXX - Mail: XXXXXXXXXXXXXXX

Dati del Genitore/Rappresentante Legale( in caso di minore o incapace)

Cognome e Nome..... C.F.....

A) dichiara di NON presentare i seguenti sintomi: Febbre > 37.5 °C, Tosse secca, Affaticamento, Produzione di espettorato, Dispnea, Mialgia o artralgia, Mal di gola, Mal di testa, Vomito, Diarrea, Disgeusia (alterazione del gusto), Anosmia (alterazione dell'olfatto).

B) Nei giorni intercorsi dall'ultimo appuntamento:

Non ho avuto familiari o contatti stretti (< 1 metro per almeno 15 minuti senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19 ma non sono stato posto in isolamento domiciliare.

Non sono stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatori sanitario o sociosanitario) ma non sono stato posto in isolamento domiciliare.

Se SI a uno dei sintomi sopra elencati o SI a B) segnarlo nel giorno corretto.

Data ..... Firma \_\_\_\_\_

Data ..... Firma \_\_\_\_\_

Data ..... Firma \_\_\_\_\_

Data ..... Firma \_\_\_\_\_

Data ..... Firma \_\_\_\_\_

Data ..... Firma \_\_\_\_\_

Data ..... Firma \_\_\_\_\_

Data ..... Firma \_\_\_\_\_

Data ..... Firma \_\_\_\_\_

Data ..... Firma \_\_\_\_\_