

**TRIAGE PER COVID-19 IN PRESENZA**

(da riproporre a ogni seduta)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ - Mail: \_\_\_\_\_

**A) Oggi ho 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:**

- 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
- 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

Città: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma del paziente o del legale rappresentante che lo accompagna: \_\_\_\_\_