

Cognome _____ Nome _____

Scheda di valutazione iniziale

Le risposte ai seguenti quesiti devono riferirsi alle ultime due settimane (14 giorni) trascorse.

1

<p>Sei stato/a all'estero?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì Dove (indicare lo stato estero)? _____ Data inizio permanenza _____ Data di rientro: _____ <input type="checkbox"/> NON RICORDO</p>
<p>Sei stato in altre regioni italiane?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì Dove? _____ Data inizio permanenza _____ Data di rientro: _____ <input type="checkbox"/> NON RICORDO</p>

2

<p>Hai avuto contatti (PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI) con casi accertati di COVID-19?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì <u>Se sì, quando ?</u></p>
<p>Hai avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì</p>
<p>Hai avuto contatti con familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì</p>
<p>Sei stato/a a contatto con persone sottoposte a quarantena?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì</p>
<p>Sei stato/a contatto con persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì</p>
<p>Hai avuto contatti con persone con:</p>	
<p>Tosse</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì</p>
<p>Febbre</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì</p>
<p>dolori muscolari</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì</p>

difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì
-------------------------	--

3

Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti sui contatti:

Sei un familiare convivente?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì
Sei un collega di lavoro?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì
Siete stati a contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì

4

Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria?

Ospedale si/no	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì <u>Se sì, quando?</u> <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO?
Ambulatorio/casa della salute si/no	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì <u>Se sì, quando?</u> <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO?
Studio del MMG/PLS si/no Medico generale Pediatra	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì <u>Se sì, quando?</u> <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO?
Altro Indagini diagnostiche quali RX, RMN, Analisi del sangue...	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO?
Sei stato ricoverato per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì <u>Se sì, quando?</u>
Hai altri problemi di salute?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> QUALI? _____
Prendi farmaci?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> QUALI? _____

5

Al momento hai

Tosse <u>Se sì, da quando?</u>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Febbre <u>Se sì, da quando?</u>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> TEMPERATURA

dolori muscolari	Insorti negli ultimi 14 giorni.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
difficoltà a respirare	Se sì, da quando?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Vomito	Se sì, da quando?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Diarrea	Se sì, da <u>quando</u> ?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Hai fatto il vaccino per l'influenza?		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì
Hai fatto il vaccino per la polmonite?		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì

Il sottoscritto inoltre si impegna, nel periodo di svolgimento delle terapie fisioterapiche, ad avvisare immediatamente la segreteria ed i sanitari del centro qualora:

- vi siano cambiamenti dello stato di salute
- abbia avuto contatti con sospetti o accertati positivi al SARS-CoV-2 (Covid-19)
- si rechi presso pronto soccorso o strutture sanitarie

DATA

FIRMA