

Cognome

Nome

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

Luogo e data di nascita

Residente in via

Misurazione temperatura : < a 37,4°

Negli ultimi 14 giorni ha avuto:		
Febbre superiore a 37,4°	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Tosse/mal di gola	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Dispnea (difficoltà respiratoria)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Raffreddore	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Dolore muscolare	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Nausea/vomito/diarrea	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Alterazione di gusto/olfatto	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

★ E' risultato precedentemente positivo al COVID-19 ? NO SI

Se si :

* Ha effettuato un tampone con esito negativo a conclusione del periodo di isolamento ? NO SI

* Sono trascorsi almeno 21 giorni di isolamento di cui 7 giorni senza sintomi ? NO SI

★ Attualmente è in isolamento fiduciario o in quarantena :

■ Per aver avuto un contatto (permanenza in ambiente chiuso a distanza inferiore a 2 metri di durata superiore a 15 minuti) con un caso COVID-19 nei 14 giorni precedenti ? NO SI

■ Per aver avuto contatti con familiari o amici di persone risultate positive al COVID-19 sottoposte ad isolamento fiduciario ? NO SI

Se si :

* Ha effettuato un Tampone con esito negativo dopo un periodo di quarantena/isolamento di 10 giorni ? NO SI

✦ Ha dovuto accedere ad una struttura sanitaria (P.S., Ricovero, Day Hospital) negli ultimi 14 gg.?

NO

SI

Se si, quando?

Il sottoscritto inoltre si impegna, nel periodo di svolgimento delle terapie, 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, day hospital.
- * sia stato ricoverato presso strutture sanitarie.

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti da false dichiarazioni

Firma del paziente _____

Data _____ Ora _____

Firma dell'operatore sanitario _____

