

QUESTIONARIO DI PRE-TRIAGE

PARTE A

il paziente ha uno dei seguenti sintomi?

- | | | |
|---------------------------|----|----|
| • Febbre | SI | NO |
| • Tosse | SI | NO |
| • Difficoltà respiratoria | SI | NO |

PARTE B

- | | | |
|---|----|----|
| Il paziente ha una delle seguenti esposizioni negli ultimi 14 giorni? | SI | NO |
| Stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID-19 | SI | NO |
| Viaggiatore nello stesso mezzo di trasporto di un caso sospetto o confermato di COVID-19 | SI | NO |
| Assistenza a caso sospetto o confermato di COVID-19 | SI | NO |
| Personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2 | SI | NO |

PARTE C

- | | | |
|--|----|----|
| Il paziente ha una delle seguenti esposizioni negli ultimi 14 gg? | SI | NO |
| Storia di viaggio in Cina? | SI | NO |
| Storia di viaggio e residenza nelle zone italiane attualmente in quarantena
(Casalpuusterlengo, Castelgerundo, Castiglione d'Adda, Codogno, Fombio, Maleo, Sal Floriano, Somaglia, Terranova, Passerini,
Bertonico, Vò, Emilia Romagna, Lombardia, Veneto) | SI | NO |

FIRMA E MATRICOLA DEL DIRIGENTE MEDICO

DATA