

## TRIAGE PER ESECUZIONE TEST ANTIGENE PER Sars-CoV-2

### 1. ANAGRAFICA DEL PAZIENTE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO NASCITA \_\_\_\_\_  
 VIA DOMICILIO \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_  
 NOME E COGNOME DEL MEDICO PRESCRITTORE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 C.FISCALE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

### 2. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Ha avuto contatto stretto con un caso SOSPETTO O CERTO di COVID-19?	NO SI NON SO Se si QUANDO? _____
Ha fatto viaggi negli ultimi 14 giorni?	NO SI Se si DOVE? _____
Ha eseguito il TAMPONE naso- orofaringeo per diagnosi di COVID-19?	NO SI Se si QUANDO? _____ Ha con sé il referto? NO SI Era positivo? NO SI
Ha eseguito il test sierologico per COVID-19?	NO SI Se si QUANDO? _____ Ha con sé il referto? NO SI Era positivo? NO SI
E' in isolamento domiciliare, contumacia o fiduciario, per COVID19?	NO SI

### 3. VALUTAZIONE CLINICA

Ha febbre > 37,5 o l'ha avuta nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha tosse o l'ha avuta nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha mal di gola o l'ha avuta nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha raffreddore o l'ha avuto nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha bruciore agli occhi o l'ha avuto nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha difficoltà a respirare o l'ha avuta nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha perdita del gusto e dell'olfatto o l'ha avuta nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha vomito o l'ha avuto nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ha diarrea o l'ha avuta nei giorni precedenti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

\*Nel caso di risposte negative procedere con l'appuntamento, da confermare il giorno dell'esecuzione del test.  
 Nel caso di risposte positive, non effettuare l'accertamento e consigliare di rivolgersi al medico curante.

Data Triage \_\_\_\_\_ Firma operatore di triage \_\_\_\_\_

Io sottoscritto, consapevole di quanto prescritto all'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 sulla responsabilità penale (artt. 482-483- 489 e 496 c.p. e leggi speciali in materia) a cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di falsa attestazione e sotto la mia responsabilità, attesto che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_