



## SCHEDA DI TRIAGE

MOD COVID 5  
Rev. 3 del  
13/11/2020

### SCHEDA TRIAGE PER ESECUZIONE TEST MOLECOLARE PER SARS CoV 2

#### 1. ANAGRAFICA PAZIENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo nascita \_\_\_\_\_ Via domicilio \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nome e cognome del medico prescrittore \_\_\_\_\_

#### 2. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Ha avuto contatto stretto con un caso SOSPETTO O CERTO di COVID-19?	<input type="checkbox"/> Non So <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, QUANDO? _____
Ha fatto viaggi negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, DOVE? _____
Ha eseguito il TAMPONE naso-orofaringeo per diagnosi di COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, QUANDO? _____ Ha con sé il referto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Era positivo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha eseguito il test sierologico per COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, QUANDO? _____ Ha con sé il referto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Era positivo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
E' in isolamento domiciliare, contumacia o fiduciario, per COVID19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

#### 3. VALUTAZIONE CLINICA

Ha febbre > 37,5?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha tosse?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha mal di gola?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha raffreddore?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha bruciore agli occhi?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha difficoltà a respirare?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha perdita del gusto e dell'olfatto?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha vomito?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha diarrea?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Nei 14 giorni antecedenti la data odierna ha avuto uno o più sintomi fra quelli sopradescritti?*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

\*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 telefonico \_\_\_\_\_ Firma dell'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 \_\_\_\_\_

In caso di dichiarante differente dall'intestatario firma in nome e per conto \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

in qualità di  genitore esercente responsabilità genitoriale  rappresentante legale (tutore, amm. sost., ...)



Struttura Accreditata Regione Umbria

CASA DI CURA LIOTTI S.p.A. 06123 Perugia (Italia) Via Serafino Siepi, 11 Tel. 075/5721647 Fax 075/5732140  
Numero Iscrizione al Registro Imprese di Perugia CF e P. IVA 01678940543, REA 153041, Cap. Soc. € 2.298.000,00 i.v.  
Email: [info@casadicuraliotti.it](mailto:info@casadicuraliotti.it) - [www.casadicuraliotti.it](http://www.casadicuraliotti.it)



Sistema Certificato  
Secondo ISO 9001 n° 0122 LIOT



NORMA  
IMQ LAB-MED LIOT.1