

SCHEMA DI TRIAGE PER ESAMI COVID-19

Cognome _____

Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo di Residenza _____

Città di Residenza _____

Medico Curante _____

Recapito Telefonico _____

EMAIL _____

Se lavora indicare nome Azienda _____

Sul Posto di lavoro si sono verificati Casi Positivi di Covid-19?

SI

NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto i seguenti sintomi?

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti stretti (<1m per almeno 15 min senza dispositivi di sicurezza) con un caso confermato di Covid-19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare) ?

SI

NO

Screening sintomi infezione SARS-CoV-2	SI	NO	°C
Febbre > 37.5°C			
Tosse secca			
Affaticamento			
Produzione di espettorato			
Dispnea			
Mialgia o artralgia			
Mal di gola			
Mal di testa			
Vomito			
Diarrea			
Disgeusia (alter. del gusto)			
Anosmia (alter. dell'olfatto)			

DATA _____

FIRMA _____