



Questionario Clinico/Anamnestico Esposizione COVID-19
ACCESSO AMBULATORIALE DI UTENTE CON ACCOMPAGNATORE/CAREGIVER
MOSTRARE AGLI OPERATORI RICHIEDENTI
DOCUMENTO DA ALLEGARE ALLA DOCUMENTAZIONE D' INGRESSO

*Etichetta Paziente se
MAC/DH*

Data _____

N. badge operatore _____

Utente

TEMPERATURA CORPOREA ALL'INGRESSO SI': uguale o superiore 37.5°C NO se uguale o inferiore 37.4°C	Si	No
SINTOMATOLOGIA SUGGERITIVA COVID Nelle ultime 48 ore febbre superiore a 37.5° o sintomatologia respiratoria (tosse, difficoltà respiratorie) o altri sintomi (cefalea, brividi, vomito, diarrea, alterazione o perdita dell'olfatto - del gusto, dolori muscolari, stanchezza)	Si	No
SOGGETTO in <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO (<u>tampone</u> positivo COVID-19) <input type="checkbox"/> QUARANTENA (<u>contatto di caso</u> positivo COVID-19)	Si	No

Accompagnatore-Caregiver

TEMPERATURA CORPOREA ALL'INGRESSO SI': uguale o superiore 37.5°C NO se uguale o inferiore 37.4°C	Si	No
SINTOMATOLOGIA SUGGERITIVA COVID Nelle ultime 48 ore febbre superiore a 37.5° o sintomatologia respiratoria (tosse, difficoltà respiratorie) o altri sintomi (cefalea, brividi, vomito, diarrea, alterazione o perdita dell'olfatto - del gusto, dolori muscolari, stanchezza)	Si	No
SOGGETTO in <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO (<u>tampone</u> positivo COVID-19) <input type="checkbox"/> QUARANTENA (<u>contatto di caso</u> positivo COVID-19)	Si	No
CERTIFICAZIONE VERDE (Green Pass)	Si	No*

* Accesso in assenza di Certificazione Verde consentito esclusivamente a caregiver di utente/paziente disabile previa verifica certificato Legge 5 febbraio 1992 n. 104, art.3, comma 3



Questionario Clinico/Anamnestico Esposizione COVID-19
ACCESSO AMBULATORIALE DI UTENTE CON ACCOMPAGNATORE/CAREGIVER
MOSTRARE AGLI OPERATORI RICHIEDENTI
DOCUMENTO DA ALLEGARE ALLA DOCUMENTAZIONE D' INGRESSO

*Etichetta Paziente se
MAC/DH*

Data _____

N. badge operatore _____

Utente

TEMPERATURA CORPOREA ALL'INGRESSO SI': uguale o superiore 37.5°C NO se uguale o inferiore 37.4°C	Si	No
SINTOMATOLOGIA SUGGERITIVA COVID Nelle ultime 48 ore febbre superiore a 37.5° o sintomatologia respiratoria (tosse, difficoltà respiratorie) o altri sintomi (cefalea, brividi, vomito, diarrea, alterazione o perdita dell'olfatto - del gusto, dolori muscolari, stanchezza)	Si	No
SOGGETTO in <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO (<u>tampone</u> positivo COVID-19) <input type="checkbox"/> QUARANTENA (<u>contatto di caso</u> positivo COVID-19)	Si	No

Accompagnatore-Caregiver

TEMPERATURA CORPOREA ALL'INGRESSO SI': uguale o superiore 37.5°C NO se uguale o inferiore 37.4°C	Si	No
SINTOMATOLOGIA SUGGERITIVA COVID Nelle ultime 48 ore febbre superiore a 37.5° o sintomatologia respiratoria (tosse, difficoltà respiratorie) o altri sintomi (cefalea, brividi, vomito, diarrea, alterazione o perdita dell'olfatto - del gusto, dolori muscolari, stanchezza)	Si	No
SOGGETTO in <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO (<u>tampone</u> positivo COVID-19) <input type="checkbox"/> QUARANTENA (<u>contatto di caso</u> positivo COVID-19)	Si	No
CERTIFICAZIONE VERDE (Green Pass)	Si	No*

* Accesso in assenza di Certificazione Verde consentito esclusivamente a caregiver di utente/paziente disabile previa verifica certificato Legge 5 febbraio 1992 n. 104, art.3, comma 3

UOC DM – UOC DPSS