

Cognome e nome di chi chiede di eseguire l'esame \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici e mail \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza e Distretto Sanitario \_\_\_\_\_

Il Paziente telefonicamente DICHIARA:

- Di richiedere l'esame per  ME STESSO  MINORE INCAPACE
- Che la persona che seguirà l'esame negli ultimi 15 giorni:

1. Attualmente è affetto da Covid-19 SI  NO
2. E' in isolamento domiciliare per dubbio su eventuale positività al Covid-19 SI  NO
3. Ha avuto contatti con persone fisiche affetti da Covid-19 o con persone fisiche che mostravano sintomi da poter pensare ad una eventuale positività al Covid-19 SI  NO
4. I propri conviventi hanno avuto contatti con persone fisiche, con sintomatologia febbrile, tosse o persone fisiche di cui è noto il contagio da Covid-19. SI  NO

Il Paziente inoltre DICHIARA che negli ultimi 15:

Sintomi	Risposte	Eventuale note
L'assistito ha già effettuato tamponi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha febbre superiore a 37,5°C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse secca e mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attualmente ha un lavoro?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha raffreddore, naso che cola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Difficoltà respiratoria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vomito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anosmia (perdita capacità olfattive)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ageusia (perdita gusto)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sintomi o sensazioni di malessere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Torre Annunziata, lì \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore

Firma del paziente, dei genitori e/o tutore

Domande da eseguire al paziente al momento dell'accettazione e prima del prelievo

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/aa \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici e mail \_\_\_\_\_

In qualità di  **ME STESSO**  **GENITORE**  **TUTORE LEGALE**

di (inserire i dati del minore o soggetto terzo) Datidei

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici e mail \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

Che, nei giorni intercorsi dalla telefonata di prenotazione e compilazione della scheda di **Triage "Step 1"**, Lei:

- 1) Ha avuto contatti con familiare con un caso confermato di Covid-19 SI  NO
- 2) E' stato isolato per sospetto o per caso confermato da Covid-19 SI  NO
- 3) E' stato contattato dalla ASL in quanto venuto a contatto con persone affette da Covid-19 (es. Viaggio aereo, treno o altro, o con operatore sanitario o altro, ristorante, bar, etc) SI  NO

Se una o più risposte sono **SI**, il paziente sarà preso in carico, adottando tutti i dispositivi ad alto livello di protezione.

**Dati relativi al Medico di Medicina Generale, Pediatra, Medico del lavoro**

Cognome e Nome del medico \_\_\_\_\_

Recapito telefonico e mail \_\_\_\_\_

Torre Annunziata, li \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore

Firma del paziente, dei genitori e/o tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_