



QUESTIONARIO TRIAGE

Cognome: _____ Nome: _____
Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____
Residente a: _____ Indirizzo: _____
N° _____ Recapito telefonico: _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO
Se la risposta è "SI", è guarito? (Tampone negativo) SI NO
È in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatto con persone affette da COVID-19? SI NO
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO
SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

- Febbre / febbricola SI NO
- Tosse e / o difficoltà respiratorie SI NO
- Malessere, astenia SI NO
- Cefalea SI NO
- Vomito e/o diarrea SI NO
- Inappetenza/anoressia SI NO
- Confusione/vertigini SI NO
- Perdita/alterazione dell'olfatto SI NO
- Perdita/alterazione del gusto SI NO

Temperatura corporea rilevata a casa: _____ ° C

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Data e luogo, _____

Firma del familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno
