

Scheda di PRE TRIAGE

Per le strutture socio sanitarie e socio assistenziali

Nome: _____

(Motivazione per accesso autorizzato in struttura)

Operatore

Familiare/visitatore (gravi motivi)

Fornitore

Altro (specificare) _____

<i>SINTOMI</i>	<i>SI/NO</i>	<i>CONTATTI</i>	<i>SI/NO</i>
FEBBRE Negli ultimi 14 giorni è comparsa una febbre superiore a 37,5 C°		Negli ultimi 14 giorni è stato in zona con elevata incidenza di COVID-19?	
TOSSE/DIFFICOLTA' RESPIRATORIA Negli ultimi 14 giorni è comparsa tosse e/o difficoltà respiratoria?		Ha avuto contatti con qualcuno con sintomi respiratori?	

Altro _____

Si autocertifica

Firma _____

Data e ora _____

In caso di risposta positiva ad almeno una delle domande indicate, si da indicazione all'utente di tornare nella propria abitazione e contattare il proprio MMG.