

TRIAGE INGRESSO

NOME	COGNOME
CODICE FISCALE	TELEFONO
INDIRIZZO	
MAIL	DATA

ANAMNESI relativa agli ultimi 30 giorni			Presenta una delle seguenti malattie o stati		
	SI	NO		SI	NO
FEBBRE			ALLERGIA		
RINITE			MALATTIA CARDIACA		
MAL DI GOLA			MALATTIA POLMONARE		
TOSSE			MALATTIA AUTOIMMUNE		
DISPNEA			FUMATORE		
PERDITA DI OLFATTO			MALATTIA ONCOLOGICA		
PERDITA DI GUSTO			DIABETE		
CONGIUNTIVITE			MALATTIA METABOLICA		
RASH CUTANEA			MALATTIA RENALE		
ARTALGIA			GRAVIDANZA		
MIALGIA					
VIAGGI ALL'ESTERO NEGLI ULTIMI 30 GG					
CONTATTO CON CASO SOSPETTO DI COVID19					
CONTATTO CON CASO CONFERMATO DI COVID19					
CONTATTO RECENTE CON PERSONE CHE PRESENTAVANO FEBBRE, TOSSE O PROBLEMI					
RECENTE PARTECIPAZIONE A RIUNIONI, INCONTRI, CONTATTI CON PERSONE DI CUI IGNORA LO STATO DI SALUTE					
TEMPERATURA CORPOREA GRADI					

CONCLUSIONI	IDONEO ()	NON IDONEO ()
-------------	------------	----------------

FIRMA DEL PAZIENTE	
--------------------	--

FIRMA DELL'OPERATORE	
----------------------	--

