



**SCHEMA TRIAGE**

<b>Sezione 1 – Dati dell'intervistatore</b>	
Cognome	
Nome	
Data dell'intervista	
Tipo di intervista    Telefonica <input type="checkbox"/> Presso il Centro <input type="checkbox"/>	
<b>Sezione 2 - Dati dell'intervistato</b>	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
Indirizzo email	
<b>Sezione 3 – Storia clinica</b>	
<b>NEI PRECEDENTI 14 GIORNI ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi?</b>	
Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Rinorrea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dispnea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cefalea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Data ( <i>approssimativa</i> ) di comparsa dei sintomi	
Qualcuno di questi sintomi è presente oggi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<b>Sezione 4 – Contatti</b>	
<b>NEI PRECEDENTI 14 GIORNI</b>	
Ha avuto contatti con qualcuno che presentava uno o più sintomi tra quelli sopra elencati?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È stato in zone considerate ad alto rischio di infezione da SARS-CoV-2?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lavora in una struttura sanitaria o sociosanitaria?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto contatti con soggetti affetti da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
I suoi familiari sono mai stati affetti da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Qualcuno dei suoi familiari presenta uno o più sintomi tra quelli sopra elencati?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È mai stato affetto da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se è stato affetto da COVID-19 le è stato rilasciato un certificato di guarigione? <i>(solo se ha risposto sì alla domanda precedente)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È affetto da malattie croniche? <i>es.: diabete, insufficienza renale, broncopneumopatie – (Non riguarda il personale)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>NOTE (eventuali)</b>	
<b>Data</b> _____	<b>Firma dell'intervistato</b> _____