

Dipartimento
Unità Operativa Complessa
 Indirizzo sede
Direttore:

AREA MEDICA
PNEUMOLOGIA
 Viale F. Rodolfi 37
Dr. G. Idotta

Li.....

Scheda di valutazione del rischio infezione da SARS-COV2

Cognome.....Nome.....Data di nascita.....

- | | |
|--|--|
| <p>1. Le è stata fatta diagnosi di patologia da SARS-COV2
 Se si data dell'ultimo tampone:/...../..... Con esito:</p> <p>Negli ultimi 14gg:</p> <p>2. ha avuto contatti con persone rientrate da paesi/località a rischio?</p> <p>3. ha avuto contatti con casi sospetti o accertati di infezione da SARS-COV2?</p> <p>4. ha avuto contatti con famigliari di casi sospetti o accertati di infezione da SARS-COV2?</p> <p>5. ha frequentato una struttura in cui siano stati ricoverati pazienti infezione da SARS-COV2?</p> <p>6. ha avuto uno dei seguenti sintomi: mal di gola, tosse, naso chiuso, naso che cola, mal d'orecchi, febbre, mancanza di fiato, dolori ai muscoli ed articolazioni, stanchezza, perdita del gusto e dell'olfatto, diarrea, mal di testa, malessere generale, mancanza di appetito?</p> <p>7. ha avuto diagnosi di malattie respiratorie infettive?</p> | <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> |
|--|--|

Firma del paziente: