

## QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER ACCESSO AL PRESIDIO OSPEDALIERO

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_

UTENTE PER PRESTAZIONE SANITARIA  VISITATORE  ALTRO

### RIFERISCE ALMENO UNO DI QUESTI SEGNI/SINTOMI?

FEBBRE SUPERIORE 37.4  TOSSE  DIFFICOLTA' RESPIRATORIA/DISPNEA

### RIFERISCE ALMENO DUE DI QUESTI SEGNI/SINTOMI?

RINITE  MAL DI GOLA  DOLORI MUSCOLARI/DEBOLEZZA   
NAUSEA/VOMITO/DIARREA  PERDITA GUSTO/OLFATTO

ISOLAMENTO FIDUCIARIO DOMICILIARE IN ATTO? SI  NO

PROVENIENZA DA STRUTTURA RESIDENZIALI CON CASI ACCERTATI O SOSPETTI DI COVID-19?

SI  NO

### NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:

- CONTATTO STRETTO CON CASO CONFERMATO DI COVID-19 (VIVERE NELLA STESSA CASA, CONTATTO FISICO SENZA PROTEZIONI COME STRETTA DI MANO, CONTATTO DIRETTO A MENO DI UN METRO)

SI  NO

- ACCESSO IN STRUTTURA O REPARTO OSPEDALIERO CON CASI ACCERTATI DI COVID-19, PER LAVORO O COME UTENTE

SI  NO

- DECESSO DI FAMILIARE CONVIVENTE PER CAUSE INSPIEGATE

SI  NO

DATA \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'UTENTE/VISITATORE \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO \_\_\_\_\_

LA SCHEDA E' RICHIESTA AL FINE DI GARANTIRE LA SUA SICUREZZA E QUELLA DEGLI OPERATORI CHE LA ASSISTONO. GRAZIE!

Compilazione a cura/in presenza  
del personale sanitario

**N.B. Per i ricoveri inserire questo documento originale in Cartella Clinica**