

## QUESTIONARIO TRIAGE PAZIENTI

**1.** Al momento è affetto o sospetta di essere affetto COVID – 19 ?

SI ----- NO

**2.** E' stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? Se si, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone?

SI ----- NO

**3.** Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID 19 positivi nelle ultime tre settimane?

SI ----- NO

**4.** Ha o ha avuto presente qualcuno di questi sintomi:  
febbre, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, diarrea, raffreddore, mal di gola, alterazione gusto, alterazione olfatto, spossatezza, cefalea, eruzioni cutanee, dolori muscolari diffusi?

SI ----- NO

**5.** Ha avuto contatti con pazienti in quarantena sia autoimposta che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane?

**6.** Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale?

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_