

QUESTIONARIO/TRIAGE
ISTITUTO COMPRENSIVO CORINALDO
QUESTIONARIO/TRIAGE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Indirizzo _____ Recapito telefonico _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO

-Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo) SI NO

E quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

- Febbre/febbrecola SI NO
- Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO
- Malessere, astenia SI NO
- Cefalea SI NO
- Congiuntivite SI NO
- Sangue da naso/bocca SI NO
- Vomito e/o diarrea SI NO
- Inappetenza/anoressia SI NO
- Confusione/vertigini SI NO
- Perdita/alterazione dell'Olfatto SI NO
- Perdita di peso SI NO
- Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI NO

TEMPERATURA MISURATA CON TERMOSCANNER ALL'INGRESSO: _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76de1 D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

DATA _____

Firma _____