

FAC-SIMILE

Questionario di pre-triage per l'accesso in struttura/servizio residenziale o semiresidenziale o attività domiciliare

(da somministrare prima: dell'accesso alla struttura/servizio nell'area filtro o di salire sul mezzo di trasporto utente del Centro Diurno o dell'accesso al domicilio)

CognomeNome.....data di nascita...../...../.....

Telefono.....ruolo: utente del servizio; operatore; altro (specificare).....

Nell'ultima settimana riferisce almeno uno dei seguenti sintomi:

febbre	SÌ	NO
tosse	SÌ	NO
difficoltà a respirare	SÌ	NO
nausea/vomito/diarrea	SÌ	NO
grande stanchezza fisica/muscolare	SÌ	NO
non percepire più i sapori	SÌ	NO
non percepire più odori	SÌ	NO
arrossamento/lacrimazione degli occhi in soggetto non abitualmente allergico	SÌ	NO

Negli ultimi 15 giorni riferisce di:

essere stato a stretto contatto con persona COVID 19 positiva	SÌ	NO
essere operatore/famigliare impegnato in assistenza diretta di caso sospetto o confermato COVID-19	SÌ	NO
lavorare in laboratori con utilizzo di campioni di almeno un caso di COVID-19 senza utilizzo di DPI idonei	SÌ	NO
essere stato in ambiente chiuso (p.es., sala di attesa) per almeno 15 minuti a distanza inferiore a 2 metri vicino ad un caso confermato o sospetto di COVID-19	SÌ	NO
vivere nella stessa casa con caso sospetto o confermato COVID-19	SÌ	NO
avere viaggiato in prossimità di caso COVID-19	SÌ	NO
avere frequentato una struttura in cui sono stati ricoverati casi di persone positive COVID-19	SÌ	NO

Data: ____/____/____ ora: _____ Firma dell'utente _____

Firma del tutore _____

Firma dell'operatore _____

Firma altra persona (specificare) _____

VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ATTUALE:

valutazione temperatura:

presenza di difficoltà evidenti del respiro, tosse, compromissione generale SÌ NO

Firma dell'operatore _____

CRITERI DEFINIZIONE CASO SOSPETTO:

- **presenza di almeno un sintomo tra quelli indicati in neretto o di febbre al rilevamento diretto**
- **presenza almeno 2 sintomi tra quelli non indicati in neretto**
- **contatto stretto negli ultimi 15 giorni**

CRITERI DI DEFINIZIONE DI CONTATTO STRETTO:
- Convivenza con un caso di COVID-19
- Contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano)
- Contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (p.es., toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- Contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore di 15 minuti
- Permanenza in un ambiente chiuso (p.es., aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri
- Attività di assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure attività in laboratorio con manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
- Passeggero di viaggio aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19 senza sintomatologia grave e che non abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo
- Passeggero di viaggio aereo o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella sezione dell'aereo dove un caso di COVID-19 con sintomatologia grave era rimasto seduto
- Passeggero di viaggio aereo o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella/e sezione/i dell'aereo dove un caso di COVID-19 si era spostato