

TRIAGE TELEFONICO

MEDICO _____	LUOGO _____	DATA / /	ORA _____
<input type="checkbox"/> MEDICO DI FAMIGLIA	<input type="checkbox"/> MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE		

DATI PAZIENTE

Cognome _____	Nome _____
Data Nascita _____	Luogo Di Nascita _____
Residenza Via _____	N. _____
Comune _____	Prov. _____ Tel./Cell. _____

**IL PAZIENTE APPARTIENE AD UNA DELLE SEGUENTI CATEGORIE
CHE LO CONFIGURANO COME CASO "SOSPETTO"
(barrare solo una delle seguenti caselle)**

PAZIENTE SINTOMATICO CON ALMENO 1 TRA TOSSE, T> 37.5 °C, DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/>
PAZIENTE ASINTOMATICO/PAUCISINTOMATICO MA CON CONTATTO STRETTO DIRETTO O PROBABILE CON PZ COVID+ NEI 14 GG PRECEDENTI	<input type="checkbox"/>
MALATTIA RESPIRATORIA ACUTA GRAVE (FEBBRE + ALMENO 1 SINTOMO DI MALATTIA RESPIRATORIA) CHE RICHIEDA RICOVERO OSPEDALIERO (SARI)	<input type="checkbox"/>

**Tutti gli accessi DEVONO prevedere un contatto telefonico preliminare.
In particolare, ai casi sospetti che rientrano nelle categorie sopra elencate non è
consentito l'accesso libero in ambulatorio.**

Il paziente è stato messo in contatto con le Unità Speciali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

Firma del Medico _____

Timbro

INVIATO A* _____

(*) INSERIRE NUMERO, MAIL, FAX CUI INVIATA SCHEDA PER SEGNALAZIONE QUALORA SI SIA RESA NECESSARIA