



SCHEDA PRE-TRIAGE/QUESTIONARIO  
OBBLIGATORIA PER ACCESSO E/O PRESTAZIONE

---

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

dichiaro di

- × NON AVERE AVUTO FEBBRE NELL'ULTIMA SETTIMANA
- × NON AVERE TOSSE
- × NON AVERE DIFFICOLTÀ A RESPIRARE (DISPNEA) AD INSORGENZA ACUTA
- × NON AVERE MAL DI GOLA
- × NON AVERE DIARREA
- × NON AVERE MANCANZA DI OLFATTO (ANOSMIA)
- × NON AVERE ALTERAZIONE DEL GUSTO (DISGEUSIA)
- × NON AVERE CONGIUNTIVITE
- × NON AVERE AVUTO *CONTATTO STRETTO SENZA PROTEZIONI CON UN CASO SOSPETTO/PROBABILE/CONFERMATO DI COVID-19\**

[\*si intende contatto avvenuto negli ultimi 14 giorni - vivere nella stessa casa, contatto fisico senza protezioni come stretta di mano, toccare a mani nude fazzoletti di carta usati, contatto diretto faccia a faccia a meno di 1 metro]

DICHIARO INOLTRE

di aver effettuato La misurazione della temperatura e che sono a conoscenza del divieto di ingresso in Ospedale con  $T_c > 37,4^{\circ}\text{C}$

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_

Firma dell'utente \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_

Grazie