



SCHEDA TRIAGE COVID 19

COGNOME E NOME:

DATA DI COMPILAZIONE ____ / ____ / ____

CRITERIO 1 (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)

PRESENZA DI SINTOMI MAGGIORI (almeno uno)

Febbre >37,5°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data di insorgenza dei sintomi: ____ / ____ / ____		

CRITERIO 2 (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)

PRESENZA DI SINTOMI MINORI (almeno due)

Rinite (raffreddore, mal di gola,...)/Faringodinia (difficoltà a deglutire)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mialgia/astenia (dolori muscolari, debolezza)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nausea/vomito/diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Disosmia/disgeusia (alterazione olfatto/gusto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data di insorgenza dei sintomi: ____ / ____ / ____		

CRITERIO 3 SITUAZIONI EPIDEMIOLOGICHE (almeno uno)

Isolamento fiduciario domiciliare in atto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nei 14 giorni precedenti: (almeno uno)		
Hanno soggiornato o transitato nei paesi: Brasile, India, Bangladesh, Sri Lanka, Australia, Nuova Zelanda, Repubblica di Corea, Ruanda, Singapore, Thailandia, Giappone, Canada, Stati Uniti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Contatto stretto con caso confermato di Covid-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Decesso di familiare o convivente per cause inspiegate	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Accesso in ospedale, pronto soccorso o reparto ospedaliero con casi accertati di Covid-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Provenienza da struttura residenziale con casi accertati o sospetti di Covid-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano Cod. Fisc. 95501020010 – P.I. 02698540016

Regione Gonzole 10 – 10043 Orbassano TORINO
Centralino tel. +39 011.90261 – fax +39 011.9026602
e-mail: urp@sanluigi.piemonte.it

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nel Piano Operativo relativo al Concorso per n. 3 posti di Dirigente Medico di Patologia Clinica nonché delle altre modalità di svolgimento delle prove concorsuali (tutti documenti pubblicati sul sito Internet dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano)

Orbassano, __/__/_____

Firma del candidato

.....
.....