



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: ____ / ____ / ____		

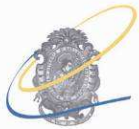
CRITERIO 2 (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)

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 Pubblico per un posto di Dirigente Medico di Chirurgia Toracica 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

.....