



SCHEDE 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, Tailandia, 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

Regione Gonzole 10 – 10043 Orbassano TORINO
Centralino tel.+39 011.90261 – fax +39 011.9026602
e-mail:urp@sanluigi.piemonte.it
Cod. Fisc 95501020010 – P.I. 02698540016

Dichiaro inoltre:

- di essere in possesso di certificazione verde in corso di validità;
- di essere a conoscenza di tutte le informazioni e disposizioni relative al Concorso Pubblico per un posto di Dirigente Amministrativo per la S.S. Attività Amministrativa Area Sanitaria 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

.....