

**Questionario clinico-anamnestico esposizione COVID-19  
ACCESSO DI SOGGETTO ESTERNO**

**ANAGRAFICA**

Cognome ..... Nome.....

**REPARTO** ..... **QUALIFICA professionale<sup>1</sup>**.....  
*<sup>1</sup>se necessaria*

**Se VISITATORE con ingresso a tempo limitato: indicare DEGENTE**

Cognome ..... Nome .....n. LETTO .....

**ANAMNESI/CLINICA**

*(a cura esclusiva del personale di Triage)*

<b>TEMPERATURA CORPOREA ALL'INGRESSO</b> SI' (temp. uguale o superiore 37.5°C ) NO (temp. uguale o inferiore 37.4°C)  <i>Posizionare eventuale TICKET temperatura</i>	Si*	No
<b>SINTOMATOLOGIA SUGGERITIVA COVID</b> Nelle ultime <b>48</b> ore febbre superiore a 37.5° o sintomatologia respiratoria (tosse, difficoltà respiratorie) o altri sintomi (cefalea, brividi, vomito, diarrea, alterazione o perdita dell'olfatto - del gusto, dolori muscolari, stanchezza)	Si*	No
<b>SOGGETTO in stato di:</b> <input type="checkbox"/> <b>ISOLAMENTO</b> (tamponi positivi COVID-19 ) <input type="checkbox"/> <b>QUARANTENA</b> (contatto di caso positivo COVID-19)	Si*	No
<b>CERTIFICAZIONE VERDE (Green Pass)</b>	Si	No*
<b>DOCUMENTO IDENTIFICATIVO VALIDO</b>	Si	No*

**Ingresso autorizzato**

*Il soggetto è informato relativamente alle misure di prevenzione del contagio: **igiene mani**, uso corretto della **mascherina chirurgica monouso** che copre naso e bocca, **distanziamento fisico** e utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale, dove necessario.*

**Ingresso NON autorizzato (presenza anche solo di una risposta con \* asterisco)**

**DOCUMENTO DA ALLEGARE ALLA DOCUMENTAZIONE CLINICA DEL DEGENTE O DA TRATTENERE  
14 GIORNI A CARICO DEL REPARTO DI ACCESSO**

DATA ingresso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matricola/sigla Operatore ASST PG23 \_\_\_\_\_