

Cognome e Nome Utente (stampatello) \_\_\_\_\_

<p>1. Ha viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, dove (specificare la/le città o lo stato estero/gli stati esteri)?</p> <hr/> <p>Data inizio permanenza _____</p> <p>Data rientro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> NON RICORDO</p>
<p>2. Ha avuto contatti* con casi accertati di COVID-19?</p> <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI SENZA MASCHERINE)</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Ha avuto contatti* con:</p> <p>i. persone che hanno fatto il tampone?</p> <p>ii. familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?</p> <p>iii. persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena?</p> <p>iv. persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?</p> <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI SENZA MASCHERINE)</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Ha avuto contatti* con persone che avevano sintomi simil-influenzali? (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratorie, congiuntivite, raffreddore)</p> <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI SENZA MASCHERINE)</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Ha ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Ha fatto il tampone per COVID-19?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/></p>



**QUESTIONARIO VALUTAZIONE ACCESSO VISITATORE**  
(compilazione a cura del Familiare/Visitatore al momento del triage **Ingresso**  
"A" da conservare per 14 giorni a cura dell'ufficio URP)

MOD\_VAV  
Vers. 00

7. Se sì, è risultato positivo?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
8. E' stato ricoverato e dimesso per COVID-19?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
9. Se sì, è guarito?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
10. Al momento ha i seguenti sintomi?	
i. febbre	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
ii. tosse	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
iii. stanchezza	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
iv. dolori muscolari	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
v. difficoltà a respirare	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
vi. espettorazione	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
vii. mal di gola	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
viii. mal di testa	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
ix. congiuntivite	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
x. vomito	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
xi. diarrea	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>

Firma Utente

**Sezione a cura dell'operatore addetto al triage**

Verifica della corretta compilazione e dei dati del questionario

Verifica della completa comprensione delle indicazioni riguardanti le misure di sicurezza e corretto utilizzo dei DPI

**Eseguita informazione su:**

corretto utilizzo della mascherina

rispetto della distanza di almeno 1 metro

corretta etichetta respiratoria

lavaggio frequente delle mani

uso di soluzione idroalcolica

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

Operatore Addetto Triage (Cognome/Nome)

Firma Addetto Triage