



Prestazione Ambulatoriale Diagnostica per Immagini Ricovero/Pre-ricovero Accompagnatore/Visitatore

DATI PAZIENTE/VISITATORE/ACCOMPAGNATORE:

Cognome _____ Nome _____ M F

Data e luogo di nascita ___ / ___ / _____ a _____ Tel/Cel _____

Residenza/Domicilio _____

VALUTAZIONE CLINICA

Presenza di almeno uno dei seguenti sintomi (negli ultimi 14 gg):

Temperatura corporea: = o > 37,5°	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dolori muscolari diffusi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tosse secca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Mal di testa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Difficoltà respiratoria-respiro affannoso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Raffreddore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Perdita di olfatto e gusto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diarrea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SE HA CONTRASSEGNAO "SI" AD UNO DEI PRECEDENTI QUESITI NON SI POTRA' PROCEDERE ALL'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA E LA INVITAMO A RECARSÌ A DOMICILIO E A CONTATTARE IL SUO MEDICO DI MEDICINA GENERALE.

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA - Negli ultimi 14 giorni, ha/è:

- Avuto un contatto stretto con un caso di diagnosi sospetta o con un caso confermato di infezione da Covid-19 (famigliari, conviventi, esposizione in ambiente lavorativo etc...) _____ SI NO
- Avuto un contatto stretto con una i più persone con febbre e sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro etc...) _____ SI NO
- È stato sottoposto al regime di quarantena o di isolamento fiduciario per COVID-19 _____ SI NO
- Lavorato presso una struttura sanitaria dove sono stati riconosciuti casi di infezione da Covid-19 _____ SI NO
- Rientrato in Italia da Stati o Paesi esteri **DIVERSI** da Stati o Paesi dell'Unione Europea* - *ad eccezione di Romania/Bulgaria per i quali vi è obbligo di sorveglianza sanitaria ed è previsto isolamento fiduciario e Spagna, Malta, Grecia e Croazia per i quali è necessario effettuare un tampone per la ricerca del Virus SARS-Cov2 entro 48 ore dal rientro in Italia-*, Stati parte dell'accordo di Schengen**, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Andorra, Principato di Monaco, Repubblica di San Marino, Stato della Città del Vaticano _____ SI NO

SE HA CONTRASSEGNAO "SI" AD UNO DEI PRECEDENTI QUESITI NON SI POTRA' PROCEDERE ALL'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA E LA INVITAMO A RECARSÌ A DOMICILIO E A CONTATTARE IL SUO MEDICO DI MEDICINA GENERALE.

SE HA RISPOSTO "SI" SIA ALLA PARTE DI VALUTAZIONE CLINICA CHE ALLA PARTE DI VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA NON SI POTRA' PROCEDERE ALL'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA ED E' TENUTO A CONTATTARE IL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA DELLA ASL DI APPARTENENZA

Bologna ___ / ___ / _____

Firma intervistato _____

Firma operatore _____

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE

ALLEGATO DEFINIZIONI – Sintomi Covid-19 e definizione di contatto stretto di caso

<p>Sintomi e segni compatibili con la diagnosi di Covid-19 <i>(Segni e sintomi possono essere anche di lieve intensità, presenti singolarmente o variamente associati tra loro)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Febbre - Tosse - Astenia - Dolori muscolari diffusi - Mal di testa - Raffreddore (naso chiuso e/o scolo del naso) - Difficoltà respiratoria (respiro corto, fame di aria) - Mal di gola - Congiuntivite - Diarrea - Vomito - Aritmie (tachi o bradi aritmie), episodi sincopali disturbi nella percezione di dolori e gusti (anosmia, a-disgeusia)
<p>Criteri per definizione di “contatto stretto” di casi Covid-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hanno avuto un contatto fisico diretto con un caso di Covid-19 (per esempio la stretta di mano); - Hanno avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di Covid-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); - Hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di Covid-19, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti; - Si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala di attesa) con un caso di Covid-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.

* **Stati membri dell’Unione Europea esclusi Romania, Bulgaria Malta, Grecia, Spagna e Croazia** (oltre all’Italia, ci si riferisce a: Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Svezia e Ungheria)

** **Stati parte dell’accordo di Schengen** (gli Stati non UE parte dell’accordo di Schengen sono: Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Svizzera)