

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

DATI PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Tel/cell _____

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 |
| ▪ Tosse | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Difficoltà respiratoria | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Perdita di olfatto e gusto | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▪ Mal di gola | <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 RECARSI A DOMICILIO E A CONTATTARE IL SUO MEDICO DI MEDICINA GENERALE.

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Negli ultimi 14 giorni, ha soddisfatto almeno una delle seguenti condizioni:

- Contatto stretto con un caso sospetto in attesa dell'esito del tampone o con un caso confermato di infezione da Covid-19 (famigliari, conviventi, esposizione in ambiente lavorativo) SI NO
- Lavora presso una struttura sanitaria dove sono stati riconosciuti casi di infezione da Covid-19 SI NO

SE HA CONTRASSEGNAO SI AD UNO DEI PRECEDENTI QUESITI NON SI POTRA' PROCEDERE ALL'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA E LA INVITAMO A RECARSI 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 del paziente _____

Firma dell'operatore _____

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 - Diarra - 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.