

MODULO DI TRIAGE

STUDIO DOTT.SSA SONIA MARIA DEVILLANOVA
VIA MACHIAVELLI 17 - 09047 SELARGIUS (CA) Tel. 3284422882

ANAGRAFICA DEL PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____

Sesso: M F Luogo di nascita _____ Data _____

Residenza _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

DATI CLINICI

1) FEBBRE > 37° C SI NO Data ultima misurazione _____

Assunzione di antipiretici? SI NO

2) TOSSE SI NO 3) DIFFICOLTA' RESPIRATORIA SI NO

4) CONGIUNTIVITE SI NO 5) DOLORI MUSCOLARI SI NO

6) DIARREA SI NO 7) CEFALEA SI NO

8) DISTURBI OLFATTO 9) DISTURBI DEL GUSTO SI NO

DATI EPIDEMIOLOGICI

Il paziente dichiara

- Di aver avuto contatti con pazienti Sars-CoV-2 positivi SI NO
- Di essere in quarantena obbligatoria o fiduciaria SI NO
- Di aver avuto contatti con persone o conviventi con sindrome influenzale o simil influenzale SI NO

OBBIETTIVITA' IL GIORNO DELLA VISITA

1) TEMPERATURA _____

2) SATURAZIONE OSSIGENO _____

3) ALTRO _____

Data e ora _____

Firma del Medico

Firma del Paziente

In caso di variazione si invita il Signore/a a contattare il Medico Curante per gli adempimenti del caso.