



## QUESTIONARIO/TRIAGE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

1. Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO  
-Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) SI NO
2. È in quarantena? SI NO
3. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO
4. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO
5. Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?
  - Febbre/febbre SI NO
  - Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO
  - Malessere, astenia SI NO
  - Cefalea SI NO
  - Congiuntivite SI NO
  - Sangue da naso/bocca SI NO
  - Vomito e/o diarrea SI NO
  - Inappetenza/anoressia SI NO
  - Confusione/vertigini SI NO
  - Perdita/alterazione dell'olfatto SI NO
  - Perdita di peso SI NO
  - Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI NO

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

DATA \_\_\_\_\_

Firma del familiare/ tutore/curatore/amministratore di sostegno

-----

*Da compilarsi solo nella modalità di utilizzo del Check in giornaliero*

T° Corporea rilevata all'ingresso \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_

---

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede Legale: Via Caduti del Lavoro n.40 - 60131 ANCONA - C.F. e P.IVA 02175860424

**Area Vasta n.1**

Sede Amministrativa: Via Ceccarini n.38 - 61032 Fano (PU)