



Triage per analisi COVID-19

Data contatto	
---------------	--

Anagrafica paziente

Nome e cognome paziente			
Data di nascita		Residente in	
Indirizzo di residenza			
Domicilio <i>(se diverso da residenza)</i>			
Tel. (cellulare)		Tel. (fisso)	
e-mail			

Triage telefonico per COVID-19

(A)

1. Attualmente il paziente è affetto da COVID-19 o in isolamento domiciliare con persona affetta/positiva?			
SI		→ Non è possibile prenotare il prelievo in struttura (STOP)	
NO		→ vai al punto (C) successivo	
2. Ha effettuato tamponi?			
SI			
NO			
3. Attualmente lavora?			
SI		→ Dove?	
NO			
4. A lavoro ci sono stati casi di COVID-19?			
SI			
NO			
5. Convive con altre persone?			
SI			
NO			
6. I suoi conviventi lavorano?			
SI		→ Dove lavorano ci sono stati casi di COVID-19?	SI NO
NO			



(B)

Screening per sintomi di infezione COVID-19

Quali di questi sintomi ha avuto negli ultimi 14 giorni?

	SI	NO
1. Febbre > 37,5 °C		
2. Difficoltà a respirare		
3. Alterazione o perdita del gusto		
4. Alterazione o perdita dell'olfatto		
5. Affaticamento/spossatezza		
6. Dolori a muscoli e articolazioni		
7. Tosse secca		
8. Produzione muco		
9. Mal di gola		
10. Mal di testa		
11. Vomito		
12. Diarrea		

Il quadro sin qui descritto è compatibile con infezione da COVID-19?

SI	→ Non è possibile prenotare il prelievo in struttura (STOP)
NO	→ Valutare eventuali situazioni a rischio (punto (C) a seguire)

(C)

Situazioni a rischio infezione da COVID-19

Quali di queste situazioni ha vissuto negli ultimi 14 giorni?

	SI	NO
1. Contatti familiari con un caso confermato di COVID-19 senza esser posto in isolamento domiciliare		
2. Contatti stretti (<1 m per 15 min. senza DPI) con un caso confermato di COVID-19 senza esser posto in isolamento domiciliare		
3. Contattato dall'ASL in quanto venuto in contatto con persone affette da COVID-19 (es. con operatore sanitario) senza esser posto in isolamento domiciliare		
4. Affetti da COVID-19 e dichiarato guarito dopo doppio tampone negativo		

Se tutti NO

→ prenotare prelievo

Se uno o più SI

→ accertarsi che il paziente abbia terminato la quarantena prima di prenotare prelievo

Nola (NA), _____

Data di arrivo in struttura

Firma del paziente



Triage in presenza per COVID-19

(A)

Screening per sintomi di infezione COVID-19

Quali di questi sintomi ha ad oggi?

		SI	NO
1.	Febbre > 37,5 °C		
2.	Difficoltà a respirare		
3.	Alterazione o perdita del gusto		
4.	Alterazione o perdita dell'olfatto		
5.	Affaticamento/spossatezza		
6.	Dolori a muscoli e articolazioni		
7.	Tosse secca		
8.	Produzione muco		
9.	Mal di gola		
10.	Mal di testa		
11.	Vomito		
12.	Diarrea		

Il quadro sin qui descritto è compatibile con infezione da COVID-19?

SI	→ Invitare il paziente a rientrare al proprio domicilio contattando il medico di famiglia → Attuare protocolli di sanificazione per gli ambienti e gli oggetti interessati dal paziente
NO	→ Valutare eventuali situazioni a rischio (punto (B) a seguire)

(B)

Situazioni a rischio infezione da COVID-19

Quali di queste situazioni ha vissuto negli ultimi 14 giorni?

		SI	NO
1.	Contatti familiari con un caso confermato di COVID-19 senza esser posto in isolamento domiciliare		
2.	Contatti stretti (<1 m per 15 min. senza DPI) con un caso confermato di COVID-19 senza esser posto in isolamento domiciliare		
3.	Contattato dall'ASL in quanto venuto in contatto con persone affette da COVID-19 (es. con operatore sanitario) senza esser posto in isolamento domiciliare		

Se uno o più SI

→ presa in carico del paziente con adozione DPI ad alta protezione

→ prevedere sanificazione successiva degli ambienti e oggetti interessati dal paziente

Nola (NA), _____

Data di arrivo in struttura

Firma del paziente
