



Mod 31.2.2 – Modulo di Triage per partecipanti/ docenti/tutor a corsi di formazione/addestramento

Contatto telefonico preventivo: sì, avvenuto in data _____
 no

Sig./Sig.ra _____, nato/a il _____

Domande riferite allo stato di salute del **UTENTE** negli ultimi 15 giorni

Il PAZIENTE riferisce di:	Sì	No
aver avuto febbre o TC $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver avuto faringodinia / mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato tosse e/o difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato rinite / rinorrea / ostruzione nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato stanchezza / dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato diarrea e/o vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato alterazione dei sapori e degli odori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver avuto contatti con persone COVID-19 positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Domande riferite allo stato di salute dei **CONVIVENTI** del paziente negli ultimi 15 giorni

Con quante persone vive in casa?	N. _____ persone	
Il paziente riferisce che i suoi CONVIVENTI:	Sì	No
hanno avuto febbre o TC $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hanno avuto faringodinia / mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hanno presentato tosse e/o difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hanno presentato rinite / rinorrea / ostruzione nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hanno presentato stanchezza / dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hanno presentato diarrea e/o vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hanno presentato alterazione dei sapori e degli odori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hanno avuto contatti con persone COVID-19 positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pavia, (data) _____

Firma del dichiarante _____