

## QUESTIONARIO TRIAGE PER ACCESSO A VISITA MEDICA

<b>Cognome/Nome</b>		<b>C.F.</b>	
Data Nascita:		Luogo di Nascita:	
Domicilio		Via	n.
Tel./Cell.		E-Mail:	
Numero dei conviventi:	<b>Medico curante:</b>	tel./cell.	
<b>È in grado di svolgere le normali attività</b> (lavarsi, vestirsi, recarsi al lavoro, svolgere il proprio lavoro, svolgere lavori in casa)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>HA ATTUALMENTE QUALCUNO DEI SEGUENTI SINTOMI SIMIL-INFLUENZALI</b> <i>Crociare con una X</i>			
<b>sintomi generali:</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Da quanto tempo</b>
• febbre o febricola $\geq 37,5^{\circ} C$			
• malessere generale/spossatezza			
• mal di testa			
• dolori muscolari			
• anoressia (mancanza di appetito)			
• riduzione/perdita del gusto (dei sapori)			
• riduzione/perdita dell'olfatto (degli odori)			
<b>sintomi respiratori:</b>			
• tosse			
• mal di gola			
• respiro affannoso			
<b>segni</b> di congiuntivite quali rossore degli occhi, bruciori, prurito e lacrimazione.			
<b>HA SOGGIORNATO NEI PRECEDENTI 15 Giorni IN ZONE/LOCALITÀ A RISCHIO: Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Piemonte, Marche, Toscana, Liguria, Roma e prov., Napoli e prov.. Altro</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SAPREI <input type="checkbox"/> SI: SPECIFICARE PAESE _____			
DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO ___/___/___			
<b>HA AVUTO CONTATTI CON CASI ACCERTATI (vivi o deceduti) (CASI CONFERMATI)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>HA AVUTO CONTATTI CON CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>HA AVUTO CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>HA AVUTO CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>N.ro Verde Regione Puglia: 800 713 931</b>		<b>FIRMA</b>	

## DEFINIZIONI

### CASO SOSPETTO

- Persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra febbre, tosse, affanno)  
E nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, almeno uno tra:
- SOGGIORNO/VIAGGIO nei precedenti 15 Giorni IN ZONE/LOCALITÀ A RISCHIO: *Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Piemonte, Marche, Toscana, Liguria, Roma e prov., Napoli e prov.* o elencate sul sito [www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus](http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus)
- Contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da SARS-CoV-2
- Lavoro in/frequenza di una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con COVID-19

### CASO PROBABILE

Caso sospetto con risultato di laboratorio dubbio per SARS-CoV-2 o positivo a test pan-coronavirus (generico per tutti i coronavirus)

### CASO CONFERMATO

Caso sospetto con conferma presso un laboratorio di riferimento nazionale (Istituto Superiore di Sanità) per infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

### CONTATTO STRETTO

- Una persona che vive nella stessa famiglia (CONVIVENTE) di un caso sospetto o confermato;
- Una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (ad esempio, stringere la mano);
- Una persona che ha un contatto diretto non protetto con le secrezioni infettive di un caso COVID-19 (ad es. tosse, toccando i fazzoletti di carta usati a mani nude);
- Una persona che ha avuto un contatto diretto con un caso COVID-19 entro 2 metri e per più di 15 minuti;
- Una persona che si trovava in un ambiente chiuso (ad es. Aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale, ecc.) con un caso di COVID-19 per 15 minuti o più e ad una distanza inferiore a 2 metri;
- Un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta per un caso sospetto o confermato;
- Un operatore di laboratorio che maneggia campioni da un caso COVID-19 senza DPI previsti;
- Viaggio in aereo (stessa fila  $\pm 2$ ), membri dell'equipaggio, compagni di viaggio di caso sospetto o confermato.

### CONTATTO OCCASIONALE

- Una persona che si trovava in un ambiente chiuso con un caso COVID-19 per meno di 15 minuti o a distanza di più di 2 metri;
- Una persona che ha avuto un contatto diretto con un caso COVID-19 per meno di 15 minuti e ad una distanza di meno di 2 metri;
- In viaggio insieme a un caso COVID-19 in qualsiasi tipo di trasporto.

Una maggiore durata del contatto aumenta il rischio di trasmissione; il limite di 15 minuti è arbitrariamente selezionato per scopi pratici.

*Sulla base delle valutazioni dei rischi individuali, le autorità sanitarie pubbliche potrebbero prendere in considerazione l'espansione tracciamento e gestione dei contatti a persone che hanno avuto una durata di contatto più breve con un caso.*