



<b>CENTRO DI ANALISIE RICERCHE CHIMICO- CLINICHE E BATTERIOLOGICHE DOTT. LUIGI ORLOTTI &amp; C. S.A.S</b>  <b>ADERENTE AL CONSORZIO LABCOR ITALIA</b>	<b>SCHEDA TRIAGE COVID-19</b>	<b>MOD. CON REV. 0 DEL 20.12.2020 Pag. 1 di 2</b>
---	-------------------------------	---

**DATA DI COMPILAZIONE** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO E/O IN MODO LEGGIBILE

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**STEP 1 – TRIAGE PER COVID-19 TELEFONICO** (Domande da porre al paziente durante la prenotazione del prelievo)

- È sottoposto a misure di quarantena o è risultato positivo ad un precedente tampone per COVID-19? N. _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Ha frequentato ambienti sanitari con casi accertati/sospetti?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Ha avuto oppure ha contatti*/familiari con casi accertati COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**MOTIVO DEL TEST:** \_\_\_\_\_

\*Contatto diretto a meno di 1 mt di distanza, per più di 15 minuti, in ambiente chiuso come sede di lavoro, casa ecc..

**SE UNO O PIU' SI, È POSSIBILE EFFETTUARE IL TAMPONE ADOTTANDO DISPOSITIVI AD ALTO LIVELLO DI PROTEZIONE**

**DOMANDE: Negli ultimi 14 giorni ha avuto i seguenti sintomi?\***

Febbre >37,5°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse secca?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà a respirare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Produzione di espettorato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problemi respiratori quali dispnea?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mialgia o artralgia (dolori muscolari)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di testa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Vomito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Disgeusia (alterazione del gusto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Anosmia (alterazione dell'olfatto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

\*\*Screening sintomi infezione SARS-CoV-2 (Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020 Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19 – versione 13 aprile 2020.

Centro Analisi e Ricerche Chimico-Cliniche e Batteriologiche del Dr Luigi OrloTTi & C. s.a.s.

VIA DEL CENTENARIO, 56 – 84091 BATTIPAGLIA (SA) – P.IVA: 04222010656

www.analiscinicheorlotti.it – info@analiscinicheorlotti.it - Telefono: 0828.309815

ADERENTE AL CONSORZIO LABCOR ITALIA



<b>CENTRO DI ANALISIE RICERCHE CHIMICO- CLINICHE E BATTERIOLOGICHE DOTT. LUIGI ORLOTTI &amp; C. S.A.S.  ADERENTE AL CONSORZIO LABCOR ITALIA</b>	<b>SCHEDA TRIAGE COVID-19</b>	<b>MOD. CON REV. 0 DEL 20.12.2020 Pag. 2 di 2</b>
---	-------------------------------	---

<b>STEP 2 – TRIAGE PER COVID-19 <u>IN PRESENZA</u></b> (Domande da porre prima del tampone)		
Febbre >37,5°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse secca?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà a respirare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Produzione di espettorato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problemi respiratori quali dispnea?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mialgia o artralgia (dolori muscolari)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di testa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Vomito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Disgeusia (alterazione del gusto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Anosmia (alterazione dell'olfatto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<small>**Screening sintomi infezione SARS-CoV-2 (Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020 Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19 – versione 13 aprile 2020.</small>		

- È sottoposto a misure di quarantena (imposte dall'ASL) o è risultato positivo ad un precedente tampone per COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Ha frequentato ambienti sanitari con casi accertati/sospetti?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Ha avuto oppure ha contatti*/familiari con casi accertati COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>SE UNO O PIU' SI È POSSIBILE EFFETTUARE IL TAMPONE ADOTTANDO DISPOSITIVI AD ALTO LIVELLO DI PROTEZIONE</b>		
<small>*Contatto diretto a meno di 1 mt di distanza, per più di 15 minuti, in ambiente chiuso come sede di lavoro, casa ecc..</small>		
<b>Data di insorgenza dei sintomi:</b> ____/____/____		

Firma del paziente: \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_