



Casa di Cura Santa Maria del Pozzo

SCHEDA DI VALUTAZIONE

INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO COVID-19

MEDICO	LUOGO	DATA / /	ORA
DATI PAZIENTE			
Cognome	Nome		
Data Nascita	Luogo Di Nascita		
Residenza Via			N.
Comune	Prov.	Tel./Cell.	
Numero dei conviventi			

Soggiorno in ambiente protetto ospedaliero

SI NO dalla data _____

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti) SI NO

ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI) SI NO

CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITA' A RISCHIO SI NO

CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI SI NO





Casa di Cura Santa Maria del Pozzo

VALUTAZIONE CLINICA

DATA DI COMPARSA DEI SINTOMI: ___/___/___

Temperatura corporea superiore a 38°C: SI _____ °C NO

Coscienza alterata

Respira normalmente

È in grado di rimanere in piedi

È in grado di svolgere le normali attività (vestirsi, lavarsi, lavori in casa)

Tosse Mal di gola Dolori muscolari Malessere generale Anoressia Vomito Cefalea

Ha difficoltà a respirare a riposo

L' accettazione del paziente avverrà solo se la valutazione clinica è negativa per la sospetta infezione

