

## QUESTIONARIO DEL PAZIENTE AMBULATORIALE TRIAGE PER COVID-19

Gentile Utente,

La invitiamo a compilare il presente questionario, finalizzato a raccogliere le informazioni necessarie per l'accesso alle strutture dell'ASST di Crema, allo scopo di garantire la massima tutela per Lei, gli altri Pazienti e gli Operatori Sanitari che La seguiranno nel percorso ambulatoriale.

La ringraziamo sin da ora per la collaborazione.

### NEGLI ULTIMI 30 GIORNI

<b>1. E' stato/a all'estero o in aree a rischio?</b> <b>Se SI</b> dove? _____  data rientro _____	SI NO	<b>7. Ha avuto accesso ad una struttura sanitaria?</b> <b>Se SI quale</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Ospedale</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Ambulatorio</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Studio medico curante</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>RSA</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> </table>	Ospedale	<input type="radio"/>	Ambulatorio	<input type="radio"/>	Studio medico curante	<input type="radio"/>	RSA	<input type="radio"/>	SI NO						
Ospedale	<input type="radio"/>																
Ambulatorio	<input type="radio"/>																
Studio medico curante	<input type="radio"/>																
RSA	<input type="radio"/>																
<b>2. E' stato/a a contatto con persone rientrate da poco dall'estero o da aree a rischio?</b> <b>Se SI</b> data del contatto _____	SI NO	<b>8. Negli ultimi 30 giorni ha accusato uno dei seguenti sintomi?</b> <b>Se SI quale</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Febbre superiore a 37,5°</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Tosse</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Raffreddore</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Congiuntivite</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Difficoltà respiratorie</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Difficoltà a percepire gli odori</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Difficoltà a percepire i sapori</td><td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td></tr> </table>	Febbre superiore a 37,5°	<input type="radio"/>	Tosse	<input type="radio"/>	Raffreddore	<input type="radio"/>	Congiuntivite	<input type="radio"/>	Difficoltà respiratorie	<input type="radio"/>	Difficoltà a percepire gli odori	<input type="radio"/>	Difficoltà a percepire i sapori	<input type="radio"/>	SI NO
Febbre superiore a 37,5°	<input type="radio"/>																
Tosse	<input type="radio"/>																
Raffreddore	<input type="radio"/>																
Congiuntivite	<input type="radio"/>																
Difficoltà respiratorie	<input type="radio"/>																
Difficoltà a percepire gli odori	<input type="radio"/>																
Difficoltà a percepire i sapori	<input type="radio"/>																
<b>3. Ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?</b>  <b>Se SI</b> data del contatto _____ è un familiare convivente? _____ è un collega di lavoro? _____	SI NO  SI NO SI NO	<b>9. E' stato/a sottoposto/a a tampone per COVID-19?</b> <b>Se SI</b> è risultato positivo?	SI NO  SI NO														
<b>4. Ha avuto contatti con persone sottoposte a quarantena?</b>	SI NO	<b>10. E' stato/a sottoposto/a a test sierologico per COVID-19?</b> <b>Se SI</b> è risultato positivo?	SI NO  SI NO														
<b>5. Ha avuto il COVID-19?</b>	SI NO																
<b>6. Lei è stato sottoposto a quarantena?</b>	SI NO																

### IMPORTANTE:

- In presenza di febbre superiore a 37,5° tosse e/o difficoltà respiratoria non esca di casa e contatti il medico curante.
- Disdica l'appuntamento tramite il Contact Center Regionale al numero verde gratuito 800.638.638 da rete fissa oppure da rete mobile al numero 02.99.95.99, a pagamento secondo il proprio piano tariffario.
- Se la prestazione da eseguire è urgente o indifferibile, ovvero se la priorità indicata sulla prescrizione è U o B, contatti l'URP dell'ASST di Crema al numero 0373 280 580 dal lunedì al venerdì dalle 14.00 alle 16.00; la Sua richiesta sarà trasmessa allo specialista di riferimento per la valutazione del caso.
- La invitiamo a stampare il presente questionario, che dovrà essere compilato in ogni sua parte, da consegnare al medico al momento della visita specialistica.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_