

PREVENZIONE SARS COV 2

Scheda triage

nome e cognome: _____

Dipendente della DR INAIL o delle Commissione Tributaria (Provinciale/regionale): SI _ NO
(se dipendente non occorre compilare la richiesta di informazioni contenuta nel sottostante riquadro)

Recapito telefonico: _____; e-mail : _____

Indirizzo: _____

Motivo dell'accesso presso la struttura:

- A. Ha una temperatura superiore a 37,5°? SI _ NO
- B. Ha tosse, raffreddore, difficoltà respiratorie? Si - NO
- C. Soffre di anosmia (mancanza di senso dell'olfatto e del gusto)? SI - NO
- D. Negli ultimi 14 giorni ha soggiornato in zone a rischio epidemiologico per COVID-19 o fatto viaggi fuori regione? Si - NO
- E. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19? Si - NO
- F. Negli ultimi 14 giorni ha frequentato reparti o strutture ospedaliere COVID dedicate? Si - NO
- G. E' sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento precauzionale? SI - NO

Data _____

Firma
