

Cognome Nome Data di Nascita / /

Residenza Via/le/Piazza

Tel.

Questionario Triage CUP	
FEBBRE Negli ultimi 14 giorni è comparsa una febbre superiore a 37,5°	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SINTOMI Negli ultimi 14 giorni è comparsa tosse, difficoltà respiratoria, difficoltà a riconoscere odori e sapori?	<input type="checkbox"/> SI, specificare <input type="checkbox"/> NO
VIAGGI E CONTATTI Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato in una zona con elevata incidenza di COVID-19 ha avuto contatti con qualcuno affetto da sintomi respiratori o in isolamento fiduciario o popolazione a rischio?	<input type="checkbox"/> SI, specificare <input type="checkbox"/> NO

In caso di risposta positiva ad una delle suddette domande, il dichiarante deve:

- contattare il medico di Medicina Generale
- indossare mascherina
- igiene respiratoria/etichetta della tosse
- igiene delle mani
- osservare la distanza di almeno 1 mt. dalle altre persone

Firma del dichiarante

Data / /

.....

DS – Mod. W 387 / 2020 telem.