

Cognome ..... Nome ..... Data di Nascita ..... / ..... / .....

Residenza ..... Via/le/Piazza .....

Tel. ....

Questionario Triage CUP	
<b>FEBBRE</b> Negli ultimi 14 giorni è comparsa una febbre superiore a 37,5°	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO
<b>SINTOMI</b> Negli ultimi 14 giorni è comparsa tosse, difficoltà respiratoria, difficoltà a riconoscere odori e sapori?	<input type="checkbox"/> SI, specificare .....  <input type="checkbox"/> NO
<b>VIAGGI E CONTATTI</b> 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.