Allegato 4

PRONTO SOCCORSO di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SCHEDA INDAGINE COVID-19**

*(da compilare a cura del medico di PS)*

Paziente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presenta sintomi simil influenzali e/o respiratori (specificare):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nei 14 giorni precedenti l’inizio dei sintomi riferisce:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| storia di viaggio o soggiorno in Cina e/o in altri paesi a trasmissione locale[[1]](#footnote-1) di SARS-CoV-2 | SI | NO |
| storia di viaggio o soggiorno in uno o più comuni italiani di cui all’allegato 1 del DPCM del 23.2.2020 e ssmmii | SI | NO |
| contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da SARS-CoV-2 | SI | NO |
| accesso ad una struttura sanitaria in cui sono stati ricoverati pazienti con infezione da SARS-CoV-2 | SI | NO |

In caso di risposta affermativa ad almeno una di queste condizioni contattare l’INMI Spallanzani telefonicamente per teleconsulto e eventuale ricovero.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Medico di PS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports

   https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china

   Ordinanze di quarantena disposte dalle autorità competenti per i comuni italiani [↑](#footnote-ref-1)