



SCHEMA DI VALUTAZIONE

Deliberazione Giunta Regionale Puglia- 16 giugno 2021, n. 964

Cognome Nome **Paziente** _____ d.nascita _____

Cognome Nome **Accompagnatore** _____ d.nascita _____

Nei 14 giorni precedenti all'accesso alla Struttura

	PAZIENTE		ACCOMPAGNATORE	
	SI	NO	SI	NO
Febbre superiore a 37,5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà a riconoscere odori o sapori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contatti con casi accertati di COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contatti con persone in isolamento fiduciario per COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contatti con persone con febbre e sintomi respiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tampone per COVID-19 in attesa di risposta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se SÌ a una di queste domande, non venire in Ospedale e contatta il Medico Curante

Ricorda di disdire il tuo appuntamento per consentire ad altre persone di usufruire del posto che si è liberato

	SI	NO	SI	NO
Precedente infezione confermata da SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se SÌ, specificare la data di conferma dell'infezione ____/____/____ (come da referto del tampone) e produrre il Certificato di fine isolamento o tampone negativo.

Firma del **paziente** (genitore in caso di minore) _____

Firma **accompagnatore** _____

data _____