



A.O. S. Croce e Carle Cuneo

MOD_{COVID_19}

TRIAGE CORONAVIRUS

paziente; accompagnatore; visitatore; tecnico; specialist
(autorizzato dal personale della struttura)

Data prima emissione: marzo 2020

Data ultima revisione: 26 novembre
2020

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (i dati personali saranno trattati come indicato di seguito):

Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 ad integrazione dell'informativa generale reperibile sul sito: www.ospedale.cuneo.it, sezione: "Protezione dei dati personali". L'AO S. Croce e Carle, in qualità di Titolare, comunica che i dati personali raccolti attraverso questa scheda verranno trattati ai fini dell'applicazione delle misure di prevenzione definite dalle "Linee di indirizzo per la ripresa delle attività sanitarie" della Regione Piemonte del 14/05/2020 e della "Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" del Ministero della Salute del 27/05/2020. Il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica ai sensi dell'art.9, par.2, lett.i.

PARTI DA COMPILARE A CURA DELL'UTENTE

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci

AUTOCERTIFICA QUANTO SEGUE:

Data/...../..... Ora

Il sottoscritto **COGNOME E NOME** nato il a

ATTUALMENTE È IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO/QUARANTENA

☐ SI

☐ NO

Se sì, avvertire immediatamente il personale per ricevere assistenza dedicata

PROVIENE DA UNA STRUTTURA RESIDENZIALE (Casa di Riposo; Lungodegenza; Struttura Riabilitativa) → se sì consegnare scheda della struttura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO o HA NOTATO VARIAZIONI:		
UN CONTATTO STRETTO (vedi retro) CON CASO CONFERMATO COVID - 19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
FEBBRE (> 37.4 °C)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TOSSE SECCA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DIFFICOLTÀ A RESPIRARE / MANCANZA DI FIATO (dispnea)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PERDITA DELLA CAPACITÀ DI SENTIRE ODORI E/O SENSAZIONE DEL GUSTO (disosmia / disgeusia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Se positivo almeno un criterio tra quelli sopra autocertificati: CASO SOSPETTO COVID - 19

RAFFREDDORE (rinite)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MAL DI GOLA (faringodinia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DOLORI MUSCOLARI DIFFUSI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
STANCHEZZA/ AFFATICAMENTO (Astenia severa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
NAUSEA/VOMITO/DIARREA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MAL DI TESTA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONGIUNTIVITE AD ENTRAMBI GLI OCCHI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Se positivi almeno due criteri tra quelli sopra autocertificati: CASO SOSPETTO COVID - 19

➡ Firma del dichiarante _____

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE SANITARIO

SE L'UTENTE PROVIENE DA UNA STRUTTURA RESIDENZIALE:

richiedere e ritirare il "MOD^{INTERAZIONALE} 010_Triage coronavirus modulo di invio da una struttura residenziale".

Se non disponibile richiederne la trasmissione contattando la struttura.

PAZIENTE IDONEO ALL'ACCESSO

☐ SI

☐ NO

NOTE:

SE IL PAZIENTE VIENE INVIATO A DOMICILIO INDICARE:

N° tel. _____ Indirizzo _____ Città _____

Cognome sul citofono _____

TUTTE LE SCHEDE POSITIVE DEVONO ESSERE INViate VIA FAX (1035) ALLA DSP.

Matricola Operatore sanitario del pre triage che ritira la scheda _____

CRITERI DI DEFINIZIONE DI CONTATTO STRETTO

- Convivenza con un caso di COVID-19
- Contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano)
- Contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- Contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti
- Permanenza in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri
- Attività di assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure attività in laboratorio con manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego del DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
- Passeggero di viaggio aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19 senza sintomatologia grave e che non abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo
- Passeggero di viaggio aereo, o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella sezione dell'aereo dove un caso di Covid-19 con sintomatologia grave era rimasto seduto
- Passeggero di viaggio aereo, o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella/e sezione/i dell'aereo dove un caso di Covid-19 si era spostato