

## SCHEDA DI TRIAGE

Data triage:.....

Nome: ..... Cognome: .....

Sesso:  M  F Data di nascita:..... Tel:.....

Ha uno sei seguenti sintomi:

Febbre	si	no
Tosse	si	no
Difficoltà respiratorie	si	no

**Ha avuto una delle seguenti esposizioni negli ultimi 14 giorni?**

Stretto contatto o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID-19	si	no
Convivente di un caso sospetto o confermato di COVID-19	si	no
Assistenza a caso sospetto o confermato di COVID-19	si	no
Personale sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2	si	no

**Dichiara di non essere sottoposto alla misura di quarantena di cui all'art. 1 comma 1 lettera c del Dpcm 8 marzo 2020 (divieto assoluto di mobilità dalla propria abitazione o dimora per i soggetti sottoposti alla misura della quarantena ovvero risultati positivi al virus;)**

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_