

## Scheda di triage telefonico per esami sierologici COVID19

Data \_\_\_\_\_

Cognome Nome paziente \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza completo \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Recapiti mail \_\_\_\_\_

### STEP 1 - TRIAGE PER COVID19 TELEFONICO

(Domande da porre al paziente durante la prenotazione del prelievo)

**(A) E' attualmente affetto da COVID19 o posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva?**

SI →	Non è possibile prenotare prelievo
NO →	screening sintomi infezione SAR-CoV-2 (B)

**Ha effettuato tamponi?**

SI →	
NO →	

**Attualmente ha un lavoro?**

SI →	In quale azienda?
NO →	

**Sul posto di lavoro si sono verificati casi positivi al Covid-19?**

SI →	
NO →	

**Convive con altre persone?**

SI →	
NO →	

**Se SI il suo convivente/i lavora/no?**

SI →	<b>Si sono verificati casi positivo al Covid-19 in azienda?</b>		SI		NO
NO →					

**(A) negli ultimi 14 giorni ha avuto i seguenti sintomi?**

Screening sintomi infezione SARS-CoV-2 <sup>1</sup>	SI	NO
Febbre > 37.5°C		
Tosse secca		
Affaticamento		
produzione di espettorato		
dispnea		
Mialgia o artralgia		
Mal di gola		
Mal di testa		
Vomito		
Diarrea		
Disgeusia (alter. del gusto)		
Anosmia (alter. dell'olfatto)		

→ Quadro compatibile con infezione da SAR-CoV-2?  
(se febbre o tosse secca SI. Per gli altri valutare n° di sintomi presenti e la loro probabilità di correlazione con SARS-CoV-2)

SI →

NO →

invitare il paziente a contattare il proprio medico di fiducia.

Valutare "Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2" (C)

<sup>1</sup> Rapporto ISS COVID-19 • n. 12/2020 Indicazioni *ad interim* per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19 versione 13 aprile 2020

(B) Negli ultimi 14 giorni:

Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2	SI	NO	
ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare?			se uno o più SI è possibile effettuare la prenotazione (per i primi due casi al termine della quarantena) ma valutare se adottare dispositivi ad alto livello di protezione  se tutti NO prenotare prelievo ematico
è stato contattato dalla ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare?			
è stato malato di COVID19 e dichiarato clinicamente guarito da COVID19 per doppio tampone negativo?*			

## STEP 2 - TRIAGE PER COVID19 IN PRESENZA

### domande da riproporre prima del prelievo

(A) Oggi ha i seguenti sintomi?

Screening sintomi infezione SARS-CoV-2	SI	NO	°C
Febbre > 37.5°C			
Tosse secca			
Affaticamento			
Produzione di espettorato			
Dispnea			
Mialgia o artralgia			
Mal di gola			
Mal di testa			
Vomito			
Diarrea			
Disgeusia (alter. del gusto)			
Anosmia (alter. dell'olfatto)			

→ Quadro compatibile con infezione da SAR-CoV-2?  
(se febbre o tosse secca SI. Per gli altri valutare n° di sintomi presenti e la loro probabilità di correlazione con SARS-CoV-2)

SI →

Invitare il paziente a rientrare al proprio domicilio e contattare il proprio medico di fiducia.  
Attuare misure di sanificazione e disinfezione di ambienti e oggetti con cui è venuto in contatto il paziente.\*

NO →

Valutare "Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2" (B)

(B) Nei giorni intercorsi da quando ci siamo sentiti/visti:

Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2	SI	NO	
ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare?			se uno o più SI la presa in carico in presenza è possibile ma bisogna adottare dispositivi ad alto livello di protezione
è stato contattato dalla ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare?			

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_