

## SCHEDA PRE TRIAGE PER ACCESSO AL CENTRO

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

genitore di \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che il bambino \_\_\_\_\_ ha avuto i seguenti sintomi nell'ultima settimana

Febbre superiore a 37,4° nell'ultima settimana SI NO

Tosse SI NO

Dispnea recente (difficoltà respiratoria) SI NO

### Almeno due sintomi tra i seguenti:

Mal di gola SI NO

Congestione nasale SI NO

Mialgia/astenia (forti dolori muscolari, forte senso di stanchezza, ecc....) SI NO

Perdita della sensazione di gusto/olfatto SI NO

Nausea/vomito/diarrea SI NO

### **Dichiara che nel proprio nucleo familiare**

sussistono le seguenti situazioni:

Isolamento fiduciario domiciliare in atto SI NO

Contatto stretto con caso confermato Covid-19 negli ultimi 14 giorni SI NO

Familiare convivente deceduto per cause inspiegate negli ultimi 14 giorni SI NO

Provenienza/frequenza da struttura residenziale con casi accertati/sospetti Covid-19 SI NO

Accesso negli ultimi 14 gg in struttura/reparto ospedaliero con casi accertati Covid-19 SI NO

In presenza di paziente risultato positivo a infezione da coronavirus SARS-COV2: SI NO

Dichiara di essere clinicamente guarito (assenza di sintomi associati all'infezione) e di essere risultato negativo a due tamponi nasofaringei eseguiti a distanza di almeno 24 ore, che certificano l'assenza di contagiosità;

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_