

TRIAGE PER ESTERNI CHE ACCEDONO PRESSO L'I.C. DA VINCI – RODARI DI LATINA

TRIAGE AI FINI DEL CONTENIMENTO DEL RISCHIO DI DIFFUSIONE di COVID19	
COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
RESIDENZA	COMUNE
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	COMUNE
NUMERO CONVIVENTI	I RECAPITI TELEFONICI

TRIAGE TELEFONICO

TRIAGE IN PRESENZA

VALUTAZIONE CLINICA					
Presenta o ha presentato negli ultimi 14 giorni insorgenza improvvisa di <u>uno dei seguenti sintomi</u> :					
Febbre	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Affaticamento	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Tosse secca	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Mal di gola	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Mal di testa	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Diarrea	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Dispnea	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Espettorato	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Disgeusia	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Anosmia	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Mio/artralgia	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Vomito	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
INDAGINE EPIDEMIOLOGICA					
<small>Situazione a rischio di infezione da SARS-CoV-2</small>					
Negli ultimi 14 giorni					
• ha avuto familiari o contatti stretti con persone (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) confermati affetti da COVID19 si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>					
• ha avuto familiari o contatti stretti con persone sospetti/probabili per COVID-19 si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>					
• ha avuto familiari o contatti stretti con persone con esperienza documentata di sintomi suggestivi di COVID 19 (vedi sopra) si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>					
Dichiara di essere stato affetto da COVID? si <input type="radio"/> quando? _____ no <input type="radio"/>					
• Si allega certificazione di avvenuta guarigione (con doppio tampone)					
Dichiara di trovarsi nello stato di quarantena obbligatoria? si <input type="radio"/> da quando? _____ no <input type="radio"/>					

Con la sottoscrizione del presente modulo mi assumo la responsabilità civile e penale derivante da eventuali dichiarazioni errate, incomplete, false o reticenti, anche tenuto conto di quanto disposto dagli articoli 650 c.p. fatta salva l'ipotesi di un reato più grave ovvero artt. 582-583 c.p.

Il Sottoscritto/a conferma quanto sopra dichiarato

Data _____ F.to _____
(Persona esterna)

Data _____ F.to _____
(Incaricato della Scuola)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.L. 30.06.2003 n°196 e del GDPR 679/16 art.13

Data _____ F.to _____