

SCHEDE VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MALATTIA DA CORONAVIRUS (COVID-19)			
DATA		ORA	
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
DOMICILIO		COMUNE	
CELL.		TEL.	
VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA			
SOGGIORNO IN AREA EPIDEMICA		SI	NO
PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO		DATA	
CONTATTO CON CASO CONCLAMATO E/O PROBABILE			
CONTATTI SUCCESSIVI AD ESPOSIZIONE		SI	NO
VALUTAZIONE CLINICA			
FEBBRE		SI	NO
TOSSE		SI	NO
MAL DI GOLA		SI	NO
DISPNEA		SI	NO
CORIZZA (NASO CHE COLA)		SI	NO
CEFALEA		SI	NO
MALESSERE GENERALE		SI	NO
CONGIUNTIVITE (OCCHI ROSSI E/O LACRIMAZIONE)		SI	NO
DATA COMPARSA SINTOMO			
1° SINTOMO			

I pazienti sono assistiti in casa da altri familiari? SI NO

Alla famiglia è stato comunicato che deve avvisare il medico di base in caso di sospensione cautelare del servizio? SI NO

IL SOTTOSCRITTO, AI SENSI DEGLI ARTT. 75 E 76 DEL D.P.R. 445/2000, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE I DATI SOPRA INDICATI CORRISPONDONO AL VERO.

FIRMA CAREGIVER