



IL TRIAGE IN OFFICE

Da compilare da parte del paziente al suo arrivo in studio

- **NO** a tutte le risposte: Il paziente può accedere allo studio dentistico
- **Si** anche ad una sola risposta il paziente DEVE ESSERE RICALENDARIZZATO (= rimandato a quando starà bene) *Ricordarsi di richiamare il paziente per monitorizzarlo ed eventualmente invitarlo a chiamare il numero Covid19- emergenza : 📞 1500. Avvisare il Direttore Sanitario o facente funzione.*

Paziente Sig./ra

1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19 SI NO
2. E' stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? SI NO
3. Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone? SI NO
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID19 positivi nelle ultime tre settimane? SI NO
4. Ha o ha avuto presente qualcuno di questi sintomi: - Febbre - Tosse - Difficoltà respiratoria - Congiuntivite - Diarrea - Raffreddore - Mal di gola - Alterazione del gusto - Alterazione dell'olfatto - Spossatezza - Cefalea - Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti) - Dolori muscolari diffusi SI NO
5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta , che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane? SI NO
6. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale? SI NO

Data Firma paziente