



IL TRIAGE TELEFONICO prima della Visita del paziente in studio E' OBBLIGATORIO

L'operatore informa il paziente che in ottemperanza alle raccomandazioni vigenti e per tutelare la sua salute raccoglierà un **breve questionario sul suo stato attuale di salute**, assicurandolo sul fatto che si tratta di domande "base" che devono essere rivolte a tutti i soggetti che richiedono prestazioni sanitarie. Invita il paziente a presentarsi sempre dopo appuntamento telefonico opportunamente **indossando mascherina all'arrivo** già in sala di attesa.

E' consigliabile eseguire il triage telefonico **temporalmente ravvicinato al giorno dell'appuntamento** (possibilmente il giorno precedente). Durante il triage telefonico si deve richiedere al paziente **di non presentarsi all'appuntamento** - opportunamente richiamando lo **studio** – **se si presentassero i sintomi di cui al triage telefonico, oppure nel caso in cui sia stato a contatto stretto con soggetti con sintomi riferibili a Covid-19.**

- **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

Pazientedata compilazOperatore

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 (all'arrivo in Studio).....Firma paziente