



INTERVISTA TELEFONICA – PERSONALE TECNICO ESTERNO

NOME _____ COGNOME _____
 DATA NASCITA ___/___/_____ SESSO M F
 RESIDENZA _____ TEL./CELL. _____
 MEDICO CURANTE _____ TEL. _____
 RIFERISCE FEBBRE PRESENTE O RECENTE NO SI RIFERISCE TOSSE NO SI
 RIFERISCE DISPNEA A INSORGENZA ACUTA NO SI
 DATA ESORDIO SINTOMI ___/___/_____ VACCINAZIONE INFLUENZA NO SI
 SOTTOPOSTO A MISURE DI QUARANTENA NO SI POSITIVITÀ COVID NO SI

Il riscontro di uno solo dei predetti sintomi (febbre, tosse e difficoltà respiratoria) è sufficiente a soddisfare i criteri per la definizione di **CASO SOSPETTO**. Consigliare di rivolgersi al proprio medico curante per l'esecuzione del tampone e di ricontattare il reparto per la riprogrammazione della prestazione, alla luce dell'esito dell'esame microbiologico effettuato (vedi nota di accompagnamento al questionario).

Chiedere se **nei 14 giorni precedenti all'intervista telefonica**:

- È stato a stretto contatto (vedi allegato 1) con un caso probabile o confermato di COVID-19
 NO SI
- È rientrato da altra regione/estero (Ordinanza Regionale n. 7 del 14/03/2020)
 NO SI In caso di risposta affermativa, specificare _____
- Residente o domiciliato in uno dei Comuni per i quali la Regione ha emanato ordinanza di "chiusura" (Ordinanza Regionale n. 34 del 24/04/2020)?
 NO, Melito Porto Salvo, Oriolo, San Lucido, Torano Castello, Altro, specificare _____

IMPORTANTE: Il soggetto deve essere informato sulla **necessità** di comunicare alla Struttura di riferimento qualsiasi variazione del suo stato di salute (COMPARSA DI FEBBRE, TOSSE O DISPNEA) che intervenga nelle more dell'accesso in ospedale, al fine di poter consentire al personale sanitario preposto una corretta valutazione del rischio infettivologico.

LA PARTE SOTTOSTANTE DOVRÀ ESSERE COMPILATA AL MOMENTO DELL'ACCESSO

Il sottoscritto _____
 Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)
DICHIARA
 Che quanto riportato nella presente scheda corrisponde al vero e che nulla è modificato del suo stato di salute.
 Catanzaro ___/___/_____

 (firma del paziente)

Catanzaro ___/___/_____ Ore ___:___

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____