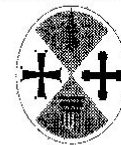




Dipartimento: Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Pugliese Ciaccio"
Catanzaro

ALLEGATO 1



Rev. del 13/05/2020

SORVEGLIANZA COVID-19
SCHEDA PRE-TRIAGE - POSTAZIONE ESTERNA

NOME _____ COGNOME _____
DATA NASCITA ___/___/___ SESSO M F
RESIDENZA _____ TEL./CELL. _____
DOCUMENTO D'IDENTITÀ (specificare) _____ n. _____
MEDICO CURANTE (MMG) _____ TEL. _____
RIFERISCE FEBBRE PRESENTE O RECENTE NO SI TEMPERATURA RILEVATA _____
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
MODALITÀ ACCESSO 118 AUTONOMA INDICAZIONE MMG

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**.

Chiedere se **nei 14 giorni precedenti all'accesso**:

- 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 _____

LA PARTE SOTTOSTANTE DOVRÀ ESSERE COMPILATA DAL PAZIENTE

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.
Catanzaro ___/___/___

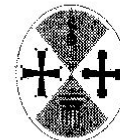
(firma del paziente)

Catanzaro ___/___/___ Ore ___:___

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____

Il presente documento è stato redatto sulla base dei criteri individuati dalla circolare ministeriale n. 7922 del 09/03/2020, con la riserva di apportare modifiche in caso di variazione della normativa.



Rev. del 13/05/2020

SCHEDA PRE-TRIAGE PAZIENTE PEDIATRICO - POSTAZIONE ESTERNA
(le informazioni raccolte in caso di minore, devono essere rilasciate dal genitore o tutore legale)

NOME _____ COGNOME _____
DATA NASCITA ___/___/___ SESSO M F
RESIDENZA _____ TEL. GENITORE _____
DOCUMENTO D'IDENTITÀ (specificare) _____ n. _____
PEDIATRA LIBERA SCELTA _____ TEL. _____
RIFERISCE FEBBRE PRESENTE O RECENTE NO SI TEMPERATURA RILEVATA _____
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
MODALITÀ ACCESSO 118 AUTONOMA INDICAZIONE PEDIATRA

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

Chiedere se nei 14 giorni precedenti all'accesso:

- 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 Saivo, Oriolo, San Lucido, Torano Castello, Altro, specificare _____

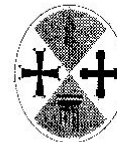
DA FAR COMPILARE AL GENITORE/TUTORE LEGALE DEL MINORE	
Il sottoscritto _____	nato il ___/___/___
in qualità di _____	del minore _____
Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)	
DICHIARA	
Che quanto riportato nella presente scheda corrisponde al vero.	
Catanzaro ___/___/___	_____
	(firma del genitore o tutore legale)

Catanzaro ___/___/___ Ore ___:___

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____

Il presente documento è stato redatto sulla base dei criteri individuati dalla circolare ministeriale n. 7922 del 09/03/2020, con la riserva di apportare modifiche in caso di variazione della normativa.



Rev. del 13/05/2020

SORVEGLIANZA COVID-19
SCHEDA TRIAGE - POSTAZIONE INTERNA

NOME _____ COGNOME _____
DATA NASCITA ____/____/____ SESSO M F
RESIDENZA _____ TEL./CELL. _____
DOCUMENTO D'IDENTITÀ (specificare) _____ n. _____
MEDICO CURANTE (MMG) _____ TEL. _____
RIFERISCE FEBBRE PRESENTE O RECENTE NO SI TEMPERATURA RILEVATA _____
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
MODALITÀ ACCESSO 118 AUTONOMA INDICAZIONE MMG

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**.

Chiedere se **nei 14 giorni precedenti all'accesso**:

- 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 _____

LA PARTE SOTTOSTANTE DOVRÀ ESSERE COMPILATA DAL PAZIENTE

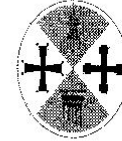
Il sottoscritto _____
Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)
DICHIARA
Che quanto riportato nella presente scheda corrisponde al vero.
Catanzaro ____/____/____

(firma del paziente)

Catanzaro ____/____/____ Ore ____:____

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____



Rev. del 13/05/2020

SCHEDA TRIAGE PAZIENTE PEDIATRICO – POSTAZIONE INTERNA
(le informazioni raccolte in caso di minore, devono essere rilasciate dal genitore o tutore legale)

NOME _____ COGNOME _____
DATA NASCITA ___/___/___ SESSO M F
RESIDENZA _____ TEL. GENITORE _____
DOCUMENTO D'IDENTITÀ (specificare) _____ n. _____
PEDIATRA LIBERA SCELTA _____ TEL. _____
RIFERISCE FEBBRE PRESENTE O RECENTE NO SI TEMPERATURA RILEVATA _____
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
MODALITÀ ACCESSO I18 AUTONOMA INDICAZIONE PEDIATRA

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.

Chiedere se nei 14 giorni precedenti all'accesso:

- 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 _____

DA FAR COMPILARE AL GENITORE/TUTORE LEGALE DEL MINORE

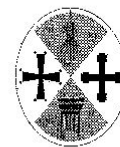
Il sottoscritto _____ nato il ___/___/___
in qualità di _____ del minore _____
Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)
DICHIARA
Che quanto riportato nella presente scheda corrisponde al vero.
Catanzaro ___/___/___

(firma del genitore o tutore legale)

Catanzaro ___/___/___ Ore ____:____

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____



Rev. del 13/05/2020

SCHEDA SORVEGLIANZA COVID-19
SERVIZIO IMMUNO-TRASFUSIONALE (PRESTAZIONI ACCESSO DIRETTO)

NOME _____ **COGNOME** _____
DATA NASCITA ___/___/___ **SESSO** M F
RESIDENZA _____ **TEL./CELL.** _____
DOCUMENTO D'IDENTITÀ (specificare) _____ n. _____
MEDICO CURANTE (MMG) _____ **TEL.** _____
RIFERISCE FEBBRE PRESENTE O RECENTE NO SI **TEMPERATURA RILEVATA** _____
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
MODALITÀ ACCESSO 118 AUTONOMA INDICAZIONE MMG

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**.

Chiedere se **nei 14 giorni precedenti all'accesso**:

- È stato a stretto contatto (vedi allegato 1) con un caso probabile o confermato di COVID-19?
 NO SI
- È ricentrato 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 _____

LA PARTE SOTTOSTANTE DOVRÀ ESSERE COMPILATA DAL PAZIENTE

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.
Catanzaro ___/___/___

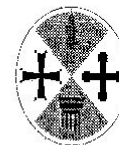
(firma del paziente)

Catanzaro ___/___/___ Ore ___:___

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____

Il presente documento è stato redatto sulla base dei criteri individuati dalla circolare ministeriale n. 7922 del 09/03/2020, con la riserva di apportare modifiche in caso di variazione della normativa.



Rev. del 13/05/2020

SCHEDA SORVEGLIANZA COVID-19
SALA PRELIEVI (PRESTAZIONI ACCESSO DIRETTO)

NOME _____ COGNOME _____
DATA NASCITA ___/___/____ SESSO M F
RESIDENZA _____ TEL./CELL. _____
DOCUMENTO D'IDENTITÀ (specificare) _____ n. _____
MEDICO CURANTE (MMG) _____ TEL. _____
RIFERISCE FEBBRE PRESENTE O RECENTE NO SI TEMPERATURA RILEVATA _____
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
MODALITÀ ACCESSO 118 AUTONOMA INDICAZIONE MMG

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**

Chiedere se nei 14 giorni precedenti all'accesso:

- 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 _____

LA PARTE SOTTOSTANTE DOVRÀ ESSERE COMPILATA DAL PAZIENTE

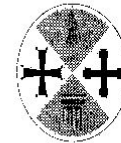
Il sottoscritto _____
Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)
DICHIARA
Che quanto riportato nella presente scheda corrisponde al vero.
Catanzaro ___/___/____

(firma del paziente)

Catanzaro ___/___/____ Ore ___:___

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____



**INTERVISTA TELEFONICA – PRESTAZIONI DI RICOVERO/AMBULATORIALI
INDIFFERIBILI PER ESTERNI**

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 contatto è non solo dei predetti sintomi (febbre, tosse e difficoltà respiratoria) e sufficiente a soddisfare i criteri per la definizione di **CASO SOSPETTO**. Consigliare di rivolgersi al proprio medico curante per l'esecuzione del tampone e il contatto con 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 _____

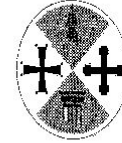
IMPORTANTE: Il paziente deve essere informato sulla **necessità** di comunicare al reparto di riferimento qualsiasi variazione del suo stato di salute (COMPARSA DI FEBBRE, TOSSE O DISPNEA) che intervenga nelle more del ricovero/prestazione, al fine di poter consentire al personale sanitario preposto una corretta valutazione del rischio infettivologico.

LA PARTE SOTTOSTANTE DOVRÀ ESSERE COMPILATA AL MOMENTO DEL RICOVERO

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 _____

Il presente documento è stato redatto sulla base dei criteri individuati dalla circolare ministeriale n. 7922 del 09/03/2020, con la riserva di apportare modifiche in caso di variazione della normativa.



Rev. del 15/04/2020

**INTERVISTA TELEFONICA – PRESTAZIONI DI RICOVERO/AMBULATORIALI INDIFFERIBILI PER
ESTERNI – PAZIENTE PEDIATRICO**

(le informazioni raccolte in caso di minore, devono essere rilasciate dal genitore o tutore legale)

NOME _____ COGNOME _____
 DATA NASCITA ____/____/____ SESSO M F
 RESIDENZA _____ TEL./CELL. _____
 PEDIATRA DI LIBERA SCELTA _____ 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 o più dei predetti sintomi (febbre, tosse e difficoltà respiratoria) sufficiente a soddisfare i criteri per la definizione di **CASO SOSPETTO** consiglia di rivolgersi al pediatra di libera scelta per la prescrizione del tampone e di ricongiungere il reparto per la programmazione 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 genitore/tutore legale deve essere informato sulla necessità di comunicare al reparto di riferimento qualsiasi variazione del suo stato di salute (COMPARSA DI FEBBRE, TOSSE O DISPNEA) che intervenga nelle more del ricovero/prestazione, al fine di poter consentire al personale sanitario preposto una corretta valutazione del rischio infettivologico.

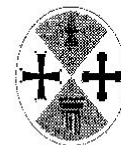
DA FAR COMPILARE, AL MOMENTO DEL RICOVERO, AL GENITORE/TUTORE LEGALE DEL MINORE	
Il sottoscritto _____	nato il ____/____/____
in qualità di _____ del minore _____	
Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)	
DICHIARA	
Che quanto riportato nella presente scheda corrisponde al vero e che nulla è modificato del suo stato di salute.	
Catanzaro ____/____/____	_____ (firma del genitore o tutore legale)

Catanzaro ____/____/____ Ore ____:____

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____

Il presente documento è stato redatto sulla base dei criteri individuati dalla circolare ministeriale n. 7922 del 09/03/2020, con la riserva di apportare modifiche in caso di variazione della normativa.



Rev. del 13/05/2020

**QUESTIONARIO VALUTAZIONE RISCHIO INFETTIVOLOGICO COVID 19 – PAZIENTI IN
REGIME DI RICOVERO ORDINARIO**

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**.

Chiedere se **nei 14 giorni precedenti al ricovero:**

- 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 _____

LA PARTE SOTTOSTANTE DOVRÀ ESSERE COMPILATA DAL PAZIENTE

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.
Catanzaro ___/___/___ _____
(firma del paziente)

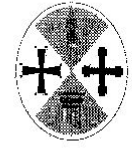
Catanzaro ___/___/___ Ore ___:___

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____



AZIENDA OSPEDALIERA
"Pugliese Ciaccio"
 Catanzaro



Dipartimento Tutela della Salute
 e Politiche Sanitarie

Rev. del 13/05/2020

**QUESTIONARIO VALUTAZIONE RISCHIO INFETTIVOLOGICO COVID 19 – PAZIENTI
 PEDIATRICI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO**

(le informazioni raccolte in caso di minore, devono essere rilasciate dal genitore o tutore legale)

NOME _____ COGNOME _____
 DATA NASCITA ___/___/_____ SESSO M F
 RESIDENZA _____ TEL./CELL. _____
 PEDIATRA DI LIBERA SCELTA _____ 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 precedenti sintomi (dabbre, tosse e difficoltà respiratoria) è sufficiente a soddisfare i criteri per la definizione di CASO SOSPETTO

Chiedere se nei 14 giorni precedenti al ricovero:

- 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 _____

DA FAR COMPILARE, AL MOMENTO DEL RICOVERO, AL GENITORE/TUTORE LEGALE DEL MINORE

Il sottoscritto _____ nato il ___/___/_____
 in qualità di _____ del minore _____
 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.
 Catanzaro ___/___/_____

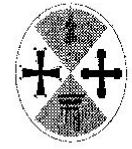
(firma del genitore o tutore legale)

Catanzaro ___/___/_____ Ore ____:____

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____

Il presente documento è stato redatto sulla base dei criteri individuati dalla circolare ministeriale n. 7922 del 09/03/2020, con la riserva di apportare modifiche in caso di variazione della normativa.



SCHEDA SORVEGLIANZA COVID-19 MOBILITÀ INTERAZIENDALE

NOME _____ COGNOME _____

DATA NASCITA ___/___/_____ SESSO M F

RESIDENZA _____ TEL./CELL. _____

DOCUMENTO D'IDENTITÀ (specificare) _____ n. _____

MEDICO CURANTE (MMG) _____ TEL. _____

RIFERISCE FEBBRE PRESENTE O RECENTE NO SI TEMPERATURA RILEVATA _____

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

MODALITÀ ACCESSO 118 AUTONOMA INDICAZIONE MMG

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**.

Chiedere se **nei 14 giorni precedenti all'accesso:**

- 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 _____

LA PARTE SOTTOSTANTE DOVRÀ ESSERE COMPILATA DAL PAZIENTE

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.

Catanzaro ___/___/_____

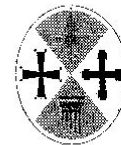
(firma del paziente)

Catanzaro ___/___/_____ Ore ___:___

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____

Il presente documento è stato redatto sulla base dei criteri individuati dalla circolare ministeriale n. 7922 del 09/03/2020, con la riserva di apportare modifiche in caso di variazione della normativa.



SCHEDA SORVEGLIANZA COVID-19 MOBILITÀ INTERAZIENDALE – PAZIENTE PEDIATRICO
(le informazioni raccolte in caso di minore, devono essere rilasciate dal genitore o tutore legale)

NOME _____ COGNOME _____
DATA NASCITA ____ / ____ / ____ SESSO M F
RESIDENZA _____ TEL. GENITORE _____
DOCUMENTO D'IDENTITÀ (specificare) _____ n. _____
PEDIATRA LIBERA SCELTA _____ TEL. _____
RIFERISCE FEBBRE PRESENTE O RECENTE NO SI TEMPERATURA RILEVATA _____
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
MODALITÀ ACCESSO 118 AUTONOMA INDICAZIONE PEDIATRA

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**.

Chiedere se **nei 14 giorni precedenti all'accesso**:

- 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 _____

DA FAR COMPILARE AL GENITORE/TUTORE LEGALE DEL MINORE	
Il sottoscritto _____	nato il ____ / ____ / ____
in qualità di _____ del minore _____	
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.	
Catanzaro ____ / ____ / ____	_____
(firma del genitore o tutore legale)	

Catanzaro ____ / ____ / ____ Ore ____ : ____

Nome e cognome del compilatore (leggibili) _____

Firma del compilatore _____