

Allegato 1 – “Scheda di Triage per TEAM USCA da parte di MMG/PdF/CA”

DATI MMG/PdF/CA SEGNALANTE:

Nome _____ Cognome _____

email _____ telefono _____

AFT di Appartenenza _____

DATI PAZIENTE:

Nome _____ Cognome _____

Sesso M / F _____ Data nascita _____

Telefono _____

Indirizzo domicilio e CAP _____

Care-giver _____

MOTIVO ATTIVAZIONE SERVIZIO VALUTAZIONE DOMICILIARE TEAM COVID:

- febbricola oltre 37.5 ° da più di 4 gg o oltre 38° o innalzamento rapido che perdura da almeno 24 ore
- riacutizzazione o peggioramento della tosse
- sintomi respiratori lievi/moderati (non da attivazione 118)
- grave astenia persistente
- altro, (se si specificare): _____

data comparsa dei sintomi: _____

Paziente COVID POSITIVO SI NO

PATOLOGIE DEGNE DI NOTA:

- Malattie croniche: _____
- Condizione terminale: _____
- Altro, Se si Specificare: _____

Terapie in atto: _____

Paziente in carico ai servizi territoriali, se si specificare quali: _____

Data __ / __ / 2020

Firma medico