

SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO COVID-19

GENTILE COLLEGA,

PER UNA VALUTAZIONE COMPLETA DEL SUO ASSISTITO, RICHIEDENTE L'INGRESSO PRESSO LA NOSTRA RESIDENZA,
LE CHIEDIAMO DI COMPILARE LA PRESENTE SCHEDA.

COMPILATORE	
MEDICO (COGNOME - NOME) _____	LUOGO _____
DATA _____	ORA _____
FIRMA E TIMBRO _____	

DATI PAZIENTE		
Cognome _____	Nome _____	
Data Nascita _____	Luogo Di Nascita _____	
Residenza Via/Piazza _____	N. _____	
Comune _____	Prov. _____	Tel./Cell. _____
Numero dei conviventi _____		
Persona di riferimento: Amministratore di Sostegno <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> _____		
Nominativo (Cognome, Nome) _____		
Numero di telefono _____		

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE
IL PAZIENTE RIENTRA NELLE SEGUENTI CASISTICHE RIFERITE A COVID-19 SECONDO LE INDICAZIONI MINISTERIALI:
1) CASO ACCERTATO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2) CASO PROBABILE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3) CASO SOSPETTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

4) **ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI** (vivi o deceduti)

SI data ultimo contatto: ___ / ___ / _____ NO

5) **ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO** (CASI PROBABILI)

SI data ultimo contatto: ___ / ___ / _____ NO

6) **ESPOSIZIONE A CONTATTI DI CASI ACCERTATI O SOSPETTI**

SI data ultimo contatto: ___ / ___ / _____ NO

7) **PER PAZIENTI PROVENIENTI DAL TERRITORIO: VISITE SPECIALISTICHE E/O ESAMI DIAGNOSTICI NEGLI
ULTIMI 14 GIORNI**

SI data: ___ / ___ / _____ NO

ESECUZIONE 1° TAMPONE PER L'INGRESSO IN RSA:

SI data: ___ / ___ / _____ NO

SE SI, SPECIFICARE ESITO:

POSITIVO DEBOLMENTE POSITIVO DUBBIO O INCONCLUDENTE

NEGATIVO

ESECUZIONE 1° SIEROLOGICO PER L'INGRESSO IN RSA:

SI data: ___ / ___ / _____ NO

SE SI, SPECIFICARE ESITO:

POSITIVO IgG POSITIVO IgG E IgM POSITIVO IgM

NEGATIVO

ESECUZIONE 2° TAMPONE PER L'INGRESSO IN RSA:

SI data: ___ / ___ / _____ NO

SE SI, SPECIFICARE ESITO:

POSITIVO DEBOLMENTE POSITIVO DUBBIO O INCONCLUDENTE

NEGATIVO

ESECUZIONE 2° SIEROLOGICO PER L'INGRESSO IN RSA:

SI data: ___ / ___ / _____ NO

SE SI, SPECIFICARE ESITO:

POSITIVO IgG POSITIVO IgG E IgM POSITIVO IgM

NEGATIVO

INDICARE SE IL PAZIENTE PRESENTA ATTUALMENTE O HA PRESENTATO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI (INDICANDONE L'ULTIMO GIORNO) UNO O PIÙ DEI SEGUENTI SEGNI/SINTOMI:

Febbre:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Tosse

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Difficoltà respiratoria

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Anoressia:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Astenia:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Espettorazione produttiva:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Faringodinia:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Mialgie-altralgia:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Cefalea:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Brivido:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Congestione nasale:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Nausea e/o vomito:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Diarrea:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___ / ___ / ___

altra causa documentata SI _____ NO

Emottisi:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___/___/___
altra causa documentata SI _____ NO

Congiuntivite:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___/___/___
altra causa documentata SI _____ NO

Iposmia/Anosmia:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___/___/___
altra causa documentata SI _____ NO

Ageusia:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___/___/___
altra causa documentata SI _____ NO

Vertigini:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___/___/___
altra causa documentata SI _____ NO

Eruzioni cutanee:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___/___/___
altra causa documentata SI _____ NO

Cianosi/geloni delle dita di mani e/o piedi:

attualmente presente: SI NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a ___/___/___
altra causa documentata SI _____ NO

Attuale temperatura corporea: _____ °C

Valutazione delle condizioni di rischio note al medico

- Malattie Polmonari
- Malattie cardiache
- Malattie renali
- Malattie sistema immunitario
- Malattie oncologiche
- Malattie metaboliche
- Isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora)
- Non autosufficiente
- Operatore sanitario

Valutazione Stato vaccinale noto al medico

- Vaccinazione antinfluenzale
- Vaccinazione antipneumococco
- Nessuna delle precedenti vaccinazioni

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____