

## 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  Tutore  Familiare  Altro  \_\_\_\_\_

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:**

SI  NO

2) **CASO PROBABILE:**

SI  NO

3) **CASO SOSPETTO**

SI  NO

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

SI data ultimo contatto: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  NO

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

SI data ultimo contatto: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  NO

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

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** \_\_\_\_\_