



SCHEDA PRIMO CONTATTO

Nome _____ Cognome _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Genere M F
Residenza/domicilio: Via _____ Città: _____
Numero di telefono _____

Data di comparsa dei sintomi ____/____/____

Sintomi:

<input type="checkbox"/> storia di febbre/brividi	<input type="checkbox"/> astenia	<input type="checkbox"/> tosse
<input type="checkbox"/> faringodinia	<input type="checkbox"/> congestionamento nasale	<input type="checkbox"/> respiro corto
<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> nausea/vomito	<input type="checkbox"/> cefalea
<input type="checkbox"/> irritabilità/confusione	<input type="checkbox"/> dolori muscolari	<input type="checkbox"/> dolori addominali
<input type="checkbox"/> dolori toracici	<input type="checkbox"/> dolori articolari	<input type="checkbox"/> febbre _____ °C

Valutazione delle condizioni di rischio note al medico o confermate al primo contatto:

<input type="checkbox"/> malattie polmonari	<input type="checkbox"/> malattie metaboliche
<input type="checkbox"/> malattie cardiache	<input type="checkbox"/> gravidanza
<input type="checkbox"/> malattie renali	<input type="checkbox"/> isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora)
<input type="checkbox"/> malattie sistema immunitario	<input type="checkbox"/> non autosufficiente
<input type="checkbox"/> malattie oncologiche	<input type="checkbox"/> operatore sanitario

Valutazione dello stato vaccinale noto al medico o confermato al primo contatto:

<input type="checkbox"/> vaccinazione antinfluenzale
<input type="checkbox"/> vaccinazione antipneumococco

Valutazione clinica primo contatto:

<input type="checkbox"/> Il respiro è lento (in caso di contatto telefonico, provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
<input type="checkbox"/> Il respiro è accelerato (in caso di contatto telefonico, provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
<input type="checkbox"/> Ha difficoltà a respirare dopo un lieve sforzo (alzarsi dalla sedia/letto), si affatica a camminare o non sta in piedi
<input type="checkbox"/> Il paziente è tachicardico (in caso di contatto telefonico, indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza cardiaca)
<input type="checkbox"/> Il paziente ha segni di cianosi periferica (in caso di contatto telefonico, suggerire controllare colore letto ungueale e tempo di refill dopo digitopressione, colore cute e labbra)
<input type="checkbox"/> In caso di contatto telefonico, valutare la capacità del paziente di parlare al telefono e il coordinamento con la respirazione



SCHEDA PRIMO CONTATTO

Nei 14 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il paziente:

ha viaggiato? sì no

Se sì, specificare Nazione _____ Città _____ dal _____ al _____

Nazione _____ Città _____ dal _____ al _____

ha frequentato una struttura sanitaria? sì no

Se sì, quale:

ha avuto contatti stretti con una persona con infezione respiratoria acuta? sì no

Se sì, specificare:

data _____

in ambiente sanitario in famiglia in ambiente lavorativo altro _____ non sa

ha avuto contatti con casi probabili o confermati di COVID-19? sì, in data _____ no

Se sì, specificare i nominativi:

ha visitato mercati di animali vivi? sì no

Se sì, specificare:

Eventuali note:

