

## SCHEDA TRIAGE COVID-19

### AUTOCERTIFICAZIONE

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso: M  F

#### RIFERISCE:

**Negli ultimi 14 giorni ha avuto febbre, congiuntivite, forte debolezza muscolare, difficoltà respiratorie, diarrea, sindrome influenzale, forte perdita di gusto e/o olfatto** NO  SI

(barrare le caselle le cui condizioni ricorrano negli ultimi 14 giorni)

- Essere Operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza diretta di un caso sospeso o confermato di COVID-19, oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego di dispositivi di protezione individuale (DPI) raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
- Essere stato a stretto contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); essere stato a contatto diretto (faccia a faccia) con un caso sospetto o confermato di COVID-19 a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore di 15 minuti
- Essere una persona che ha avuto contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio stretta di mano)
- Essere stati in ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa principale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri.
- Vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19
- Essere una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, o di avere avuto contatti con i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave o abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo)
- Aver frequentato o lavorato in un reparto di una struttura sanitaria nel quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da COVID-19
- Dichiaro di non essere in quarantena
- Dichiaro che se sono stato paziente Covid-19 positivo, posso accedere se, al termine del periodo di quarantena fornisco evidenza dell'esito negativo dei due tamponi successivi RT-PCR. (Allego documentazione alla presente)

DATA: \_\_\_\_\_

ORA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

#### Centri Medici Dyadea S.r.l.

Sede Legale: via Stalingrado, 37 - 40128 Bologna (Italia) - dyadea@pec.unipol.it - fax +39 051 500902 - Capitale sociale i.v. Euro 1.858.782,00  
Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 03818841201, P. IVA 03740811207 - R.E.A. 548621 - Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046  
[www.centrimedicidyadea.it](http://www.centrimedicidyadea.it)