



Commissario ad acta per l'emergenza COVID-19
presso la Direzione Sanitaria di Presidio degli Ospedali Riuniti "Sciacca-Ribera"

Scheda di valutazione del rischio di infezione da 2019-nCoV

(da compilare a cura della U.O. a cui deve accedere la persona esposta al rischio)

Dati anagrafici

Nome:..... Cognome:.....

Sesso: M F Data di nascita:..... Recapito telefonico:.....

E-mail:.....

Link epidemiologico

1. Negli ultimi 14 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da nuovo coronavirus? SI' NO NON NOTO

Se sì,

Dove data di arrivo:..... data di partenza:.....

Dove data di arrivo:..... data di partenza:.....

Dove data di arrivo:..... data di partenza:.....

Data di arrivo in Italia.....

2. Negli ultimi 14 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da nuovo coronavirus? SI' NO NON NOTO

Informazioni cliniche del paziente

Data insorgenza dei primi sintomi:.....

Segni o sintomi respiratori: tosse, mal di gola, difficoltà respiratoria

Segni o sintomi sistemici: febbre o febricola, cefalea, mialgie, malessere generalizzato,
 astenia, calo ponderale, anoressia, confusione mentale, vertigini

Presenza di patologie croniche:

Tumore: SI NO Non noto; Malattie cardiovascolari: SI NO Non noto;

Diabete: SI NO Non noto; Deficit immunitari: SI NO Non noto;

Malattie respiratorie: SI NO Non noto; Malattie renali : SI NO Non noto;

Malattie metaboliche: SI NO Non noto; Obesità : SI NO Non noto

Altro:

In presenza di criterio epidemiologico, almeno un segno o sintomo respiratorio e/o almeno un segno o sintomo sistemico contattare il proprio medico di Medicina Generale piuttosto che le Malattie Infettive di riferimento in base al domicilio o direttamente il 118 in caso di sintomi rilevanti.