



## Commissario ad acta per l'emergenza COVID-19

presso la Direzione Sanitaria di Presidio degli Ospedali Riuniti "Siacca-Ribera"

N.8

### Pre-Triage COVID-19

Nome e Cognome.....Data...../...../ 2020

Si presenta in data odierna per:

Pronto Soccorso

Ambulatorio

Tipologia Ambulatorio.....

SI

NO

#### SINTOMI:

➤ Febbre

➤ Tosse

➤ Difficoltà respiratoria

#### INDICATORI DI SOSPETTO

○ Contatto stretto con pz COVID-19 Sospetto o Confermato

○ Provenienza da zona con segnalata trasmissione locale

○ Provenienza da zone rosse

**Presenza di 1 sintomo + un indicatore di sospetto**

**o**

**Presenza di febbre + o tosse o difficoltà respiratoria**

1. L'operatore sanitario allerta il medico di guardia
  2. L'infermiere, vestito con i DPI accompagnerà la pz nella stanza di isolamento dove inizierà il percorso clinico
  3. Far disinfettare le mani alla signora
  4. Far indossare subito guanti e mascherina
  5. L'infermiere, vestito con i DPI accompagnerà la pz nella stanza 5 di isolamento dove inizierà il percorso clinico
- **VALUTARE PER TRASFERIMENTO**

**Assenza di sintomi:**

- La pz può accedere

**Assenza di sintomi + un indicatore di sospetto**

**o**

**presenza di un solo sintomo senza indicatore di sospetto:**

seguire i punti 1.2.3.4.5. detto schema precedente ed

**ESEGUIRE TAMPONE**

Firma paziente \_\_\_\_\_

Firma operatore sanitario per presa visione \_\_\_\_\_