

Ambulatorio Medico Sant'Agostino s.n.c.

Piazza Vida 9 – 26100 CREMONA

Tel. 037224588 – Tel.Fax 0372410793



SCHEDA PRE-TRIAGE/QUESTIONARIO

OBBLIGATORIA PER ACCESSO ALLA PRESTAZIONE

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____

DICHIARA

FEBBRE SI NO Se SI, temperatura _____

TOSSE SI NO

MAL DI GOLA SI NO

DIFFICOLTA' RESPIRATORIE SI NO

DICHIARA INOLTRE

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19
- Di non aver avuto un contatto stretto con un caso probabile o confermato di COVID-19 negli ultimi 14 giorni (contatto diretto faccia a faccia a meno di 1 metro)

Data _____ Ora _____

Firma del Paziente _____

Firma dell'operatore _____

In presenza di almeno una delle condizioni sopra elencate potrà essere negato l'accesso in struttura. In questo caso si invita il Paziente a contattare il medico di base. La scheda è richiesta al fine di garantire la Sua sicurezza e quella degli operatori che la assistono.

Si ringrazia per la gentile collaborazione