

SCHEDA DI VALUTAZIONE PER ACCESSO AMBULATORIALE*Da scaricare e compilare a domicilio e consegnare al momento della visita*

Nome e cognome del paziente _____

data di nascita _____

Nome e cognome del genitore/tutore che accompagna il paziente _____

data di nascita _____

Nei 14 giorni precedenti all'accesso in Ospedale

	Paziente	Genitore
Febbre > 37,5°C	Si	Si
	No	No
Tosse	Si	Si
	No	No
Difficoltà respiratoria	Si	Si
	No	No
Difficoltà a riconoscere odori o sapori	Si	Si
	No	No
Contatti con casi accertati di COVID-19	Si	Si
	No	No
Contatti con persone con febbre e sintomi respiratori	Si	Si
	No	No
Tampone per COVID-19 in attesa di risposta	Si	Si
	No	No
È rientrato in Italia o ha avuto contatti stretti con persone che sono rientrate da un paese per cui è prevista la quarantena obbligatoria (elenco aggiornato disponibile sul sito www.salute.gov.it/viaggiatori)	Si	Si
	No	No

Se hai risposto almeno un Sì a una di queste domande, prima di venire in Ospedale contatta il tuo medico curante.

Se indicato dal curante, ricorda di disdire il tuo appuntamento per consentire ad altre persone di usufruire del posto liberato:

- online (modalità preferibile): inviare e-mail all'indirizzo cup@gaslini.org
- al telefono: chiamare il numero 010/56361

Data _____

Firma del genitore o del paziente maggiorenne
