

TRIAGE PER COVID19 IN PRESENZA presso FISAL Fisioterapia

Fisioterapista
test

Data

Cognome e Nome Paziente

Fuschini Idel

Luogo e data di nascita

Roma 13/08/1968

Indirizzo di residenza completo

Via Teodosio Macrobio, 13

Indirizzo di domicilio completo (se diverso da residenza)

Telefono

349 442 2668

Email

idel.fuschini@gmail.com

(A) Oggi ha i seguenti sintomi?

Screening sintomi infezione SARS-CoV-2	SI	NO
Febbre > 37.5°C (88%)	X	
Tosse secca (68%)	X	
Affaticamento (38%)	X	
Produzione di espettorato (33%)	X	
Dispnea (19%)	X	
Mialgia o artralgia (15%)		X
Mal di gola (14%)		X
Mal di testa (14%)		X
Vomito (5%)		X
Diarrea (4%)		X
Disgeusia (alter. del gusto)		X
Anosmia (alter. dell'olfatto)		X

Quadro compatibile con infezione da SARS-CoV-2?

SI	Invitare il paziente a rientrare al proprio domicilio e contattare il proprio medico di fiducia. Attuare misure di sanificazione e disinfezione di ambienti e oggetti con cui è venuto in contatto il paziente.
NO	Valutare "Situazioni a rischio di infezione da SARS-CoV-2" (B)

* Il fisioterapista potrà, previo consenso del paziente, prendere contatto con il medico di fiducia dello stesso per accertarsi delle condizioni cliniche del paziente, al fine di concordare se e quando riprogrammare la presa in carico.

(B) Nei giorni intercorsi dalla sua ultima visita presso la struttura FISAL:

Situazioni a rischio di infezione da SARS-CoV-2	SI	NO	
ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare?	X		<i>se uno o più SI la presa in carico in presenza è possibile ma valutare se adottare dispositivi ad alto livello di protezione</i>
è stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare?	X		<i>se tutti NO proseguire nella presa in carico</i>

(C) Dichiarazione del Paziente

Il/la sottoscritto/a, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, dichiaro di aver fornito le informazioni richieste in maniera veritiera ed in buona fede. Prendo inoltre atto che in questo studio (FISAL) sono adottate tutte le misure di prevenzione come da attuali normative vigenti in materia di sicurezza e prevenzione del contagio quali la misurazione della temperatura corporea, l'aerazione degli ambienti, l'organizzazione degli spazi per garantire il distanziamento sociale, l'igienizzazione delle superfici, l'utilizzo di telino monouso sul lettino di visita, la fornitura di gel igienizzante per le mani, di guanti e mascherina chirurgica (qualora il paziente ne fosse sprovvisto). Nonostante tutto quanto sopra sono consapevole che tutte le prestazioni ambulatoriali ricevute nella struttura, presentano un ineliminabile rischio di contagio.

Luogo e data

22/01/2021

 Firma del paziente