



Allegato 2

SCHEDA DI PRETRIAJE PER INCONTRO CON INFORMATORE FARMACEUTICO

(da compilare a cura dell'informatore e consegnare al medico che ne curerà la conservazione per 60 giorni)

ANAMNESI

Negli ultimi 14 giorni ha avuto:

Febbre (>37,4°C) Tosse Difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In presenza di almeno 1 degli item il criterio clinico è sospetto per COVID
Raffreddore / Mal di gola Congiuntivite Dolori muscolari / Astenia Nausea / Vomito / Diarrea Mancanza di olfatto / Gusto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In presenza di almeno 2 degli item il criterio clinico è sospetto per COVID
Contatto stretto con una persona positiva al COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indicare chi

L'informatore:

(nome) _____ (cognome) _____

Firma _____

A cura del personale sanitario che verifica la presente scheda:

Incontro: autorizzato
 non autorizzato

(nome) _____ (cognome) _____

Firma _____