

**ASSOCIAZIONE OASI MARIA SS. ONLUS**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per lo studio del Ritardo Mentale e dell'Involuzione Cerebrale
(Decreti Interministeriali del 9-2-1988, dell'8-2-1993 e del Ministero della Salute del 5-9-2006)**SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO SARS-CoV-2
PER AMMISSIBILITA' AL RICOVERO**

DATI PAZIENTE	Ricovero del: _____ h _____	Cartella clinica N: _____
Cognome	Nome	
CF	Data Nascita	Luogo Di Nascita
Residenza Via	N.	
Comune	Prov.	Tel./Cell.
Numero dei conviventi:	Email:	
Dati interlocutore telefonico se diverso dal paziente _____		
In qualità di: <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> altro _____		
Dati accompagnatore in degenza: _____ Nato il _____		
In qualità di: <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> altro _____		

Valutazione epidemiologica

(Triage telefonico ad opera dell'Uff. Prenotazioni – In presenza di un SI segnalare il paz. per triage telefonico con Medico)

E' stato precedentemente infettato da COVID-19?	SI	NO
Se si: è stato dichiarato clinicamente guarito o è risultato negativo al tampone?	SI	NO
E' stato sottoposto a quarantena?	SI	NO
Contatti con casi accertati nell'ultimo mese?	SI	NO
Contatti con casi sospetti (in quarantena) nell'ultimo mese?	SI	NO
Contatti con familiari di casi sospetti?	SI	NO
Nell'ultimo mese ha avuto uno dei seguenti sintomi: tosse, febbre, difficoltà respiratoria, congiuntivite, diarrea, rinorrea, astenia, mancanza dei sensi di gusto e olfatto?	SI	NO

Data compilazione _____

Operatore _____

Valutazione clinica

(da eseguire il giorno del ricovero ad opera del medico)

Sintomi a carico delle vie aeree superiori	SI	NO	Spec. _____
Difficoltà respiratoria	SI	NO	
Temperatura corporea	°C _____		
Obiettività faringea:			
Obiettività toracica:			

Medico _____ data _____ ora _____

Giudizio di ammissibilità al ricovero:	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
L'accompagnatore è lo stesso indicato alla prenotazione?	SI	NO
Dati accompagnatore in degenza se diverso: _____	Nato il _____	
In qualità di: <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> altro _____		

Luogo e data _____

Firma paziente (o accompagnatore)

Firma del Medico



**SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO SARS-CoV-2
 PER AMMISSIBILITA' AL RICOVERO**

DATI ACCOMPAGNATORE

Cognome	Nome		
CF	Data Nascita	Luogo Di Nascita	Prov.
Residenza Via	N.		
Comune	Prov.	Tel./Cell.	
Numero dei conviventi N°.	Email:		
In qualità di: <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> altro _____			

Valutazione epidemiologica

(Triage telefonico ad opera dell'Uff. Prenotazioni – In presenza di un **SI** segnalare il paz. per triage telefonico con Medico)

E' stato precedentemente infettato da COVID-19?	SI	NO
Se si: è stato dichiarato clinicamente guarito o è risultato negativo al tampone?	SI	NO
E' stato sottoposto a quarantena?	SI	NO
Contatti con casi accertati nell'ultimo mese?	SI	NO
Contatti con casi sospetti (in quarantena) nell'ultimo mese?	SI	NO
Contatti con familiari di casi sospetti?	SI	NO
Nell'ultimo mese ha avuto uno dei seguenti sintomi: tosse, febbre, difficoltà respiratoria, congiuntivite, diarrea, rinorrea, astenia, mancanza dei sensi di gusto e olfatto?	SI	NO

Data compilazione _____

Operatore _____

Valutazione clinica

(da eseguire il giorno del ricovero ad opera del medico)

Sintomi a carico delle vie aeree superiori	SI	NO	Spec. _____
Difficoltà respiratoria	SI	NO	
Temperatura corporea	°C _____		

Medico _____

data _____ **ora** _____

Giudizio di ammissibilità accompagnatore:	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------	-----------------------------------

Luogo e data _____

Firma accompagnatore

Firma del Medico
