

SCHEDA TRIAGE COVID 19

Cognome e Nome:.....

Data di nascita:..... Sesso: M F

RIFERISCE

Criterio Clinico: Segni e Sintomi

Almeno 1 tra:

- a) febbre nell'ultima settimana (oltre 37.4°C): NO SI, se Sì, Temperatura _____
- b) tosse: NO SI
- c) dispnea (recente difficoltà respiratoria): NO SI, se SI, (saO2 (<95%) _____; FR (> 25) _____)
- d) recente alterazione del gusto/olfatto: NO SI se Sì, da quando ___/___/___

Almeno 2 tra:

- a) rinite NO SI
- b) faringodinia NO SI
- c) mialgie/astenia NO SI
- d) nausea/vomito/diarrea NO SI

E

Criterio Epidemiologico:

- Isolamento fiduciario domiciliare in atto?
- Provenienza da struttura residenziale con casi accertati o sospetti di Covid-19?

Barrare le caselle le cui condizioni ricorrano negli ultimi 14 giorni di Contatto stretto con caso confermato di Covid-19:

- Convivenza con un caso di COVID-19
- Contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano)
- Contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- Contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore di 15 minuti
- Permanenza in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri
- Attività di assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure attività in laboratorio con manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
- Passeggero di viaggio aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19 senza sintomatologia grave e che non abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo
- Passeggero di viaggio aereo, o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella sezione dell'aereo dove un caso di Covid-19 con sintomatologia grave era rimasto seduto o si era spostato
- Decesso di familiare convivente per cause inspiegate

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nel Piano Operativo relativo al Concorso per n. 2 posti di Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (cat. D) nonché delle altre modalità di svolgimento delle prove concorsuali esplicitate nella "Informativa ai candidati" (tutti i documenti sono consultabili sul sito di Humanitas Gradenigo).

Data di compilazione

Firma candidato