

**SCHEDA DI VALUTAZIONE**  
**RISCHIO COVID-19**  
**Rev. 2 Lombardia**

La presente scheda di valutazione viene compilata dal Medico inviante che ha in cura il paziente prima dell'invio in RSA quale utile documento informativo al fine di effettuare una valutazione pre-ingresso.

**COMPILATORE**

**MEDICO (COGNOME – NOME)** \_\_\_\_\_

**LUOGO** \_\_\_\_\_

**DATA** / / **ORA** \_\_\_\_\_

**FIRMA E TIMBRO** \_\_\_\_\_

**DATI PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data Nascita \_\_\_\_\_ Luogo Di Nascita \_\_\_\_\_

Residenza Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_

Numero dei conviventi \_\_\_\_\_

Persona di riferimento:

Amministratore di Sostegno  Tutore  Familiare  Altro  \_\_\_\_\_

Nominativo (Cognome, Nome) \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DEL PAZIENTE**

IL PAZIENTE RIENTRA NELLE SEGUENTI CASISTICHE RIFERITE A COVID-19 SECONDO LE INDICAZIONI MINISTERIALI:

1) **CASO ACCERTATO:**

SI       NO

2) **CASO PROBABILE:**

SI       NO

3) **CASO SOSPETTO**

SI       NO

4) **ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti)**

SI    data ultimo contatto: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_       NO

5) **ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI)**

SI    data ultimo contatto: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_       NO

6) **ESPOSIZIONE A CONTATTI DI CASI ACCERTATI O SOSPETTI**

SI    data ultimo contatto: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_       NO

7) **PER PAZIENTI PROVENIENTI DAL TERRITORIO: VISITE SPECIALISTICHE E/O ESAMI DIAGNOSTICI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI**

SI      data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_       NO

**ESECUZIONE 1° TAMPONE PER L'INGRESSO IN RSA:**

SI    data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_       NO

SE SI, SPECIFICARE ESITO:

POSITIVO       DEBOLMENTE POSITIVO       DUBBIO O INCONCLUDENTE

NEGATIVO

**ESECUZIONE 1° SIEROLOGICO PER L'INGRESSO IN RSA:**

SI    data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_       NO

SE SI, SPECIFICARE ESITO:

POSITIVO IgG       POSITIVO IgG E IgM       POSITIVO IgM

NEGATIVO

**ESECUZIONE 2° TAMPONE PER L'INGRESSO IN RSA:**

SI    data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_       NO

SE SI, SPECIFICARE ESITO:

POSITIVO       DEBOLMENTE POSITIVO       DUBBIO O INCONCLUDENTE

NEGATIVO

**ESECUZIONE 2° SIEROLOGICO PER L'INGRESSO IN RSA:**

SI data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  NO

SE SI, SPECIFICARE ESITO:

POSITIVO IgG  POSITIVO IgG E IgM  POSITIVO IgM

NEGATIVO

**Indicare se il paziente presenta attualmente o ha presentato negli ultimi 14 giorni (indicandone l'ultimo giorno) uno o più dei seguenti segni/sintomi:**

**× Febbre:**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

**× Tosse**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

**× Difficoltà respiratoria**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

**× Anoressia:**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

**× Astenia:**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

**× Espettorazione produttiva:**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

**× Faringodinia:**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

**× Mialgie-altralgia:**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

**× Cefalea:**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

**× Brivido:**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

**× Congestione nasale:**

attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

✗ Nausea e/o vomito:  
attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

✗ Diarrea:  
attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

✗ Emottisi:  
attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

✗ Congiuntivite:  
attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

✗ Iposmia/Anosmia:  
attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

✗ Ageusia:  
attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

✗ Vertigini:  
attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

✗ Eruzioni cutanee:  
attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

✗ Cianosi/geloni delle dita di mani e/o piedi:  
attualmente presente:  SI  NO ultima data in cui è stato/a rilevato/a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
altra causa documentata  SI \_\_\_\_\_  NO

Attuale temperatura corporea: \_\_\_\_\_ °C

#### Valutazione delle condizioni di rischio note al medico

- ✗ Malattie Polmonari
- ✗ Malattie cardiache
- ✗ Malattie renali
- ✗ Malattie sistema immunitario
- ✗ Malattie oncologiche
- ✗ Malattie metaboliche
- ✗ Isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora)
- ✗ Non autosufficiente
- ✗ Operatore sanitario

#### Valutazione Stato vaccinale noto al medico

- ✗ Vaccinazione antinfluenzale
- ✗ Vaccinazione antipneumococco
- ✗ Nessuna delle precedenti vaccinazioni

FIRMA E TIMBRO \_\_\_\_\_