

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 _____