



## SCHEDA DI TRIAGE

### DATI PAZIENTE

Cognome..... Nome.....

Data di Nascita..... Luogo di Nascita.....

Comune di residenza..... Via.....

Recapito telefonico.....

### DOMANDE DA EFFETTUARE

#### PARTE EPIDEMIOLOGICA

1) Ha fatto viaggi negli ultimi 14 giorni?      **Si**      **No**

Se si dove.....

2) Ha avuto contatto stretto con un caso sospetto?!      **Si**      **No**      **Non so**

Se si descriva.....

3) Ha avuto contatto stretto con un caso certo?      **Si**      **No**      **Non so**

Se si descriva.....

4) Ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati  
pazienti con infezione?!      **Si**      **No**      **Non so**

Se si descriva .....

#### PARTE CLINICA

5) Ha febbre sopra 37°?!      **Si**      **No**      Se si registrare valore.....

6) Ha tosse?      **Si**      **No**      Se si da quando.....

7) Ha bruciore agli occhi?      **Si**      **No**      Se si da quando.....

8) Ha difficoltà respiratoria?      **Si**      **No**      Se si da quando.....

9) Ha raffreddore?      **Si**      **No**      Se si da quando.....

La/il sottoscritta/o..... (C.F.....), nata/o a ..... il giorno ..... e residente in ..... nell'ambito del trattamento psicologico richiesto ed avviato con la Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_, iscrizione all'Ordine degli psicologi n. \_\_\_\_\_, con la sottoscrizione del presente documento,

DICHIARA

- di aver preso conoscenza delle misure di sicurezza adottate dal professionista psicologo per il contenimento del rischio di contagio da COVID-19 nell'esercizio del trattamento professionale;
- di osservare tali misure di sicurezza secondo le indicazioni fornite dal professionista psicologo;
- consapevole delle sanzioni penali connesse a dichiarazioni mendaci o non veritiere ex d.P.R. n. 445/00 di fornire risposta a tutti i quesiti contenuti nel documento denominato 'Scheda di pre-triage' presentato dal professionista.

Luogo e data

.....

(Sottoscrizione)

.....