

Scheda di autovalutazione del rischio di infezione da COVID-19

(da compilare a cura dei genitori)

Dati anagrafici:

Nome: Cognome:

Genitore/tutore legale/altro (specificare) del minore

Dati epidemiologici (segnare con una X):

Negli ultimi 14 giorni, prima dell'insorgenza di eventuali sintomi, siete stati a contatto^{*} con una persona affetta da patologia da nuovo Coronavirus?

SI

No

Non so

Informazioni cliniche:

Segni o sintomi respiratori: tosse mal di gola difficoltà respiratoria

Segni o sintomi sistemici: febbre o febbre cefalea mialgie malessere generalizzato, stanchezza calo ponderale anoressia confusione mentale vertigini

Data insorgenza dei primi sintomi:

IMPORTANTE: Se in qualche punto avete risposto

|SI|

informare tempestivamente il Medico e l'infermiera

Legenda su cosa significa "essere stati a contatto":**

- essere stato a stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato da nuovo Coronavirus;
- vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato da nuovo Coronavirus;
- persona impegnata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato da nuovo Coronavirus, che non ha indossato i presidi di protezione individuale previsti o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di Sars-Cov-2 che non ha indossato i dispositivi di protezione individuale previsti;
- aver viaggiato in aereo nella stessa fila o nelle due file antecedenti o successive di un caso sospetto o confermato da nuovo Coronavirus.

Luogo/Data

Firma del Genitore/tutore legale/altro