

Ambulatorio di Pneumologia e Fisiopatologia respiratoria Polimedica Brianza

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO COVID-19 NEI PAZIENTI DA SOTTOPORRE A PROVE DI FUNZIONALITÀ RESPIRATORIA

Cognome _____ Nome _____ Data di Nascita _____

Tel.Cell. _____ Mail _____

1	Ha avuto contatti con persone rientrate da paese/località a rischio?	SI	NO
2	Ha avuto contatti con casi sospetti o accertati di infezione da SARS-CoV-2?	SI	NO
3	Ha avuto contatti con familiari di casi sospetti o accertati di infezione da SARS-CoV-2?	SI	NO
4	Ha frequentato struttura sanitaria in cui siano stati ricoverati pazienti con infezione SARS-CoV-2?	SI	NO
5	E' febbrile o ha avuto febbre negli ultimi 15 giorni?	SI	NO
Se SI Temperatura corporea			
6	Lamenta uno o più dei seguenti sintomi? Tosse Mal di gola Dolori muscolari Malessere generale Anoressia Vomito Cefalea Anosmia Perdita del gusto	SI	NO
Se SI Data di comparsa dei sintomi: ___/___/___			
7	Ha recentemente avuto la diagnosi di malattie respiratorie infettive note o sospette di recente insorgenza?	SI	NO
8	Ha avuto la diagnosi di patologia COVID-19?	SI	NO
Se SI Data ultimo tampone: ___/___/___ con esito _____ (allegare fotocopia)			

Data _____

Firma del paziente _____

	Il paziente può eseguire le prove di funzionalità respiratoria.
	Il paziente è sospetto per infezione pregressa e necessita di ulteriori accertamenti (tamponi) prima di eseguire le PFR.
	Il paziente è sospetto per infezioni in atto e non può eseguire le PFR.

Data _____

Firma del medico _____