MODELLO VISITATORI ESTERNI - GENITORI

QUESTIONARIO/TRIAGE

**ISTITUTO COMPRENSIVO CORINALDO**

*QUESTIONARIO/TRIAGE*

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

Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO

-Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo) SI NO

E quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO

Negli ultimi -14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

* Febbre/febbricola SI NO
* Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO
* Malessere, astenia SI NO
* Cefalea SI NO
* Congiuntivite SI NO
* Sangue da naso/bocca SI NO
* Vomito e/o diarrea SI NO
* Inappetenza/anoressia SI NO
* Confusione/vertigini SI NO
* Perdita/alterazione dell'Olfatto SI NO
* Perdita di peso SI NO
* Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI NO

TEMPERATURA MISURATA CON TERMOSCANNER ALL’INGRESSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76de1 D.P.R.28 dicembre 2000 n.445**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA | | Firma | | |
|  |  |
|  |  |  |  |  |