

MODULO TRIAGE INGRESSO GIORNALIERO CENTRO ESTIVO

Dati bambino:

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____

Domicilio _____

Nome e Cognome accompagnatore _____

Dati clinici del minore riferiti:

1) FEBBRE $\geq 37,5$ SI NO

Data e ora ultima registrazione _____

Assunzione farmaci antipiretici (Paracetamolo, FANS, Steroidi) SI NO

2) TOSSE SI NO 3) DIFFICOLTA' RESPIRATORIA SI NO

4) CONGIUNTIVITE SI NO 5) DOLORI MUSCOLARI SI NO

6) DIARREA SI NO 7) CEFALEA SI NO

8) DISTURBI OLFATTO SI NO 9) DISTURBI DEL GUSTO SI NO

_____ Temperatura registrata all'ingresso _____ °C

Dati epidemiologici dichiarati:

_____ Contatti con pazienti Sars-CoV-2 positivi SI NO

_____ Quarantena obbligatoria o fiduciaria del minore SI NO

_____ Contatti con persone o conviventi con Sindrome Influenzale o simil

influenzale SI NO

Data, ora e firma triagista _____

Firma accompagnatore _____