

### Questionario Covid-19 per il trattamento ambulatoriale

Stiamo tutti cercando di arginare la diffusione del virus Corona. Per raggiungere questo obiettivo, vi chiediamo di compilare il questionario in modo veritiero. Vi ringraziamo per il vostro prezioso sostegno. Se ci sono cambiamenti nella vostra salute (dopo aver compilato il questionario), vi preghiamo di informarci immediatamente.

**Cognome:**.....**Nome:** .....**Data di nascita:** .....

**Luogo dell'appuntamento:** ..... **Inizio del trattamento Data:** .....

**Domande sui sintomi della malattia:**

Ha avuto uno dei seguenti sintomi nelle ultime 48 ore (2 giorni)?	Si	No	Se sì - data	Commenti:	
* Tosse (per lo più secca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Sintomi respiratori / respiro affannoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* febbre, sensazione febbrile, dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Improvvisa perdita dell'olfatto e/o del gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Si	No	Se sì - data	Risultato? Positivo (Rilevamento di Covid-19)	Risultato? Negativo (Nessuna prova di Covid-19)
➤ Siete o siete stati in quarantena o in (auto)isolamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
➤ Ha già fatto un test striscio COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ha già fatto eseguire un test per gli anticorpi COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ha già fatto una tomografia computerizzata (TAC) dei polmoni con la domanda COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ha avuto contatti con una persona confermata o sospettata di COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Commenti:	
➤ Se sì - Contatto ravvicinato? Consideratelo come un contatto ravvicinato: Contatto di <2m e per >15 minuti, contatto intimo, vivere nella stessa casa, allattare o contatto diretto con secrezioni respiratorie o fluidi corporei senza misure di protezione personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Luogo / Data: .....

Firma: .....  
Paziente o parenti

**Entscheid durch behandeltes Personal:**

- \* Wenn Fragen mit Ja beantwortet → abklären ob Behandlung unbedingt erforderlich ist
- Fragen müssen beurteilt werden → anschliessend Massnahmen bestimmen

**Behandlung durchführen:**     **Ja** (welche Massnahme sind notwendig)     **Nein**

Keine speziellen Massnahmen notwendig	<input type="checkbox"/>	
Covid-19 Schutzmassnahme	<input type="checkbox"/>	
Behandlung verschieben	<input type="checkbox"/>	
Andere:	<input type="checkbox"/>	

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....

Fragebogen wird eingescannt/in Pat Akte abgelegt

Behandeltes Personal

