

MODULO DI TRACCIAMENTO OBBLIGATORIO AI SENSI DELL'ORDINANZA N.129 DEL 26/05/2020

SCHEDA TRIAGE COVID 19

Allievo

NOME	COGNOME	TIPO DOCUMENTO	N. DOCUMENTO	TELEFONO

Genitore o Tutore legale dell'allievo

NOME	COGNOME	TIPO DOCUMENTO	N. DOCUMENTO	TELEFONO

TRIAGE COVID 19

- E' attualmente affetto da COVID 19? SI NO
- E' stato posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva? SI NO

DUE SI	Previo consenso del paziente o di chi ne fa le veci, si invita a prendere contatto con il proprio medico di fiducia
DUE NO	Screening sintomi infezione SAR-CoV-2 (B)

(B) Negli ultimi 14 giorni ha avuto i seguenti sintomi?

Screening sintomi infezione SARS CV "	SI	NO
Febbre > 37.5°C (88%)		
Tosse Secca (68%)		
Affaticamento (38%)		
Produzione di espettorato (33%)		
Dispnea (19%)		
Mialgia o Artralgia (15%)		
Mal di gola (14%)		
Mal di Testa (14%)		
Vomito (5%)		
Diarrea (4%)		
Disgeusia (alter. Del Gusto)		
Anosmia (alter. Olfatto)		

Quadro
Compatibile
con
infezione da
Sars Cov 2

SI

NO

Invitare l'allievo a rientrare al proprio domicilio e contattare il proprio medico di fiducia.

Attuare misure di sanificazione e disinfezione di ambienti e oggetti con cui è venuto in contatto il paziente

Valutare situazioni a rischio di infezione Sars Cov 2

La Polisportiva ESSELLE potrà, previo consenso dei genitori dell'allievo/a, prendere contatto con il medico di fiducia dello stesso/a per accertarsi delle condizioni cliniche, al fine di concordare se e quando riprogrammare la presa in carico.

(B) Nei precedenti giorni:

Situazione a rischio Sars Cov 2	SI	NO
Ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID 19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare?		
È stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID 19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare?		

se uno o più SI la presa in carico in presenza è possibile ma valutare se adottare dispositivi ad alto livello di protezione

se tutti NO proseguire nella presa in carico

Luogo e data _____

Firma dei genitori _____

DICHIARA AI SENSI DEL DPR 445/2000 SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di assumersi ogni responsabilità, civile e penale, e di risarcimento per eventuali danni a cose e persone direttamente contagiate o riconducibili ad azioni e comportamenti del medesimo (o dell'atleta di cui risulta genitore o tutore legale) tenute durante lo svolgimento delle attività della suddetta associazione
- di essere consapevole della facoltà del responsabile tecnico incaricato di non autorizzare l'allievo, arbitrariamente e senza possibilità di rivalsa alcuna, a non prendere parte alle attività dell'associazione se non rispetta le indicazioni fornite, riguardanti tali attività