

Soggetto sintomatico (uno o più sintomi tra: Febbre  $\geq 37,5^\circ$ , rinorrea, tosse, mal di gola, dolori muscolari, malessere, vomito, cefalea) che contatta (direttamente o telefonicamente) il MMG o di MCA

Presenza di almeno uno tra i sintomi/segni :

- Coscienza alterata
- Sistolica  $\leq 100$  (se possibile avere il dato)
- Dispnea a riposo

SI

NO

• Allertare 112  
 • Compilare scheda di segnalazione caso sospetto (vedi allegato 1)  
 • Se pz visitato , adottare misure precauzionali: isolamento in studio, DPI (vedi), disinfezioni superfici, smaltimento rifiuti cat B

Valutare il rischio epidemiologico:

- Soggiorno recente (nei 15 gg precedenti) in un Paese straniero o località dichiarati «ufficialmente» ad alto rischio e/o
- Contatto recente (nei 15 gg precedenti) con casi accertati o sospetti o loro familiari o con persone rientrate di recente dalle località sopra-menzionate

Presente

NB: per definire il caso «sospetto» è necessaria la presenza di almeno uno tra i seguenti 3 sintomi: febbre tosse, dispnea

assente

Oltre alla febbre sono presenti anche sintomi delle alte vie respiratorie

NO

SI

• Rivalutazione telefonica periodica (concordare) o visita con precauzioni  
 • Sconsigliare ricorso autonomo servizi di PS  
 • Eventuale contatto con numeri di pubblica utilità (1500)

Comparsa di sintomi alte vie respiratorie

• Rivalutazione telefonica periodica (concordare) o visita con precauzioni  
 • Sconsigliare ricorso autonomo servizi di PS  
 • Isolamento e riduzione dei contatti  
 • Paz deve Usare mascherine e guanti  
 • Eventuale contatto con numeri di pubblica utilità (1500)

aggravamento

SCHEDE DI VALUTAZIONE MEDICINA GENERALE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITE RISCHIO COVID-19	
N. CASI SOSPETTI CONTATTATI IL NUMERO (1) _____ SE RIVOLTA LA SCHEDE VIA MALIZIA _____ PER LA SITUAZIONE DELLA PROCESSIONE INFERENZIALE	N. CASI SOSPETTI CONTATTATI IL NUMERO (2) _____ SE RIVOLTA LA SCHEDE VIA MALIZIA _____ PER LA SITUAZIONE DELLA PROCESSIONE INFERENZIALE
(*) INDICARE NUMERO, MAIL, FAX CONVENIATI DA AGENZIA SANITARIA REGIONE	
Nome _____ Cognome _____ Sesso _____ Data _____	
DATA PAZIENTE	
Cognome _____ Nome _____	
Data Nascita _____ Sesso _____	
Professione _____	
Comune _____ Prov. _____ Tel. _____	
Numero del consulto _____	
VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DI PAZIENTE SINTOMATICO PER AZIENDA VIE RESPIRATORIE	
SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	
SE SI SPECIFICARE PAESE _____	
DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO _____	
ESPORZIONE A CASI ACCERTATI (o ALTO RISCHIO LOCALI) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ESPORZIONE A CASI SOSPETTI (o ALTO RISCHIO LOCALI) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Risoluzione → Stop