

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 ≤ 100 (se possibile avere il dato)
- Dispnea a riposo

• 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

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICINA GENERALE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITE RISCHIO COVID-19	
NUMERO CASI SOSPETTI CONTATTATI IL NUMERO (1) _____ SE RIVOLTA LA SCHEDA VA RIPULITA _____ PER LA SITUAZIONE DELLA PROCESSIONE SUCCESSIVA	NUMERO CASI SOSPETTI CONTATTATI IL NUMERO (2) _____ SE RIVOLTA LA SCHEDA VA RIPULITA _____ PER LA SITUAZIONE DELLA PROCESSIONE SUCCESSIVA
L'INDEBITE NUMERO, MAIL, FAX COMUNICATI DA AGENZIA SANITARIA REGIONE	
Municipio _____ Livello _____ DATA / / ORA _____	
DATI PAZIENTE	
Cognome _____ Nome _____	
Data Nascita _____ Livello Di Nascita _____	
Residenza Via _____ N. _____	
Comune _____ Prov. _____ Tel. Cell. _____	
Numero del documento _____	
VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DI PAZIENTE SINTOMATICO PER AZIENDA VIE RESPIRATORIE	
SOSPETTO 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 _____	
ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (o ALTO RISCHIO) (o ALTO RISCHIO) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI (o ALTO RISCHIO) (o ALTO RISCHIO) <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	

Presente

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

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

assente

Oltre alla febbre sono presenti anche sintomi delle alte vie respiratorie

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

Risoluzione → **Stop**