



A.O. S.Croce e Carle Cuneo  
مؤسسة الاستشفائية لسان كروشي  
وكارلي و كونيو

## MODCOVID\_19

إسمارة كوفيد 19

### TRIAGE CORONAVIRUS

فرز فيروس كرونا

paciente; accompagnatore; visitatore; tecnico; specialist  
(autorizzato dal personale della struttura)

Data prima emissione: marzo 2020  
تاريخ الإصدار الأزل: مارس 2020

Data ultima revisione: 13 agosto 2020  
تاريخ آخر مراجعة: 13 أغسطس 2020

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** (i dati personali saranno trattati come indicato di seguito) معلومات لمعالجة البيانات الشخصية (ستتم معالجة البيانات الشخصية كما هو موضع أدناه):

الإلكتروني: [www.ospedale.cuneo.it](http://www.ospedale.cuneo.it) المعلومات موجهة لمعالجة البيانات الشخصية وفق المتصوص عليه للنظام الإتحاد الأوروبي 2019/279 و لتكامل المعلومات العامة متاحة على الموقع فرع "حملة البيانات الشخصية" المؤسسة الاستشفائية لسان كروشي و كارلي بصفتها الراعية تخبر بأن البيانات الشخصية التي يتم تجميعها من خلال هذا النموذج سيتم معالجتها لأغراض تطبيق تدابير الوقائية "المحددة للاستناف في" ارشادات استئناف الأنشطة الصحية" لمنطقة بيونتي في 05/14/2020 ول"أحكام تنفيذية للوقاية وإدارة الطوارئ الوبائية من كوفيد لوزارة الصحة بتاريخ 27/05/2020. المعالجة ضرورية لأسباب تتعلق بالمصلحة العامة على صعيد قطاع الصحة العامة وفقاً للمادة 9 ، الفقرة 2 حرف إ

#### PARTE DA COMPILEARE A CURA DELL'UTENTE

### الجزء الذي يجب أن يملئ من طرف المستخدم

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci الموقعون أدناه هم على دراية بالمسؤوليات الجنائية والتأثيرات الإدارية المترتبة على تزوير المستندات والإقرارات الكاذبة

#### التصديق الذاتي على ما يلى :

...../..... (Data) .....الساعة ...../..... (Ora)

في ..... (nato il ) ..... المزداد بتاريخ ..... الموقع أسفله .

(a) ..... COGNOME E NOM ..... الإسم

ATTUALMENTE È IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO حالياً في العزلة الإلتمانية	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
PROVIENE DA UNA STRUTTURA RESIDENZIALE (Casa di Riposo; Lungodegenza; Struttura Riabilitativa) → se si consegnare scheda della struttura تأتي من دار رعاية المسنين (دار تمريض ؛ جناح طویل الأجل ؛ مرفق إعادة التأهيل) →، إذا كانت الإل婕ابة فقم بتسلیم الورقة للمصحة	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
E CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO: وأنه خلال 14 اليوم الأخير : UN CONTATTO STRETTO (vedi retro) CON CASO CONFERMATO COVID - 19 كان له إتصال وثيق (أنظر لخلف) مع حالة مؤكدة للكوفيد - 19	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
UN DECESSO DI FAMILIARE CONVIVENTE PER CAUSE INSPIEGATE وفاة أحد أفراد الأسرة لأسباب غير واضحة	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
UN ACCESSO IN STRUTTURA/REPARTO CON PAZIENTI COVID – 19 ACCERTATI دخول للمصحة/قسم الحالات المؤكدة لـ كوفيد - 19 (> 37.4 °C) (> 37.4 °C)	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
TOSSE السعال	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
DIFFICOLTA' A RESPIRARE / MANCANZA DI FIATO (dispnea) ضيق النفس / صعوبة في التنفس	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا

Se positivo almeno un criterio tra quelli sopra autocertificati: CASO SOSPETTO COVID – 19

إذا كانت هناك إيجابية على الأقل لواحد من المعايير المصدق عليها ذاتياً أعلاه: حالة مشتبه فيها لـ كوفيد - 19

RAFFREDDORE (rinite) نزلات البرد (التهاب الأنف)	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
MAL DI GOLA (faringodinia) احتقان في الحلق) إلتهاب الحلق	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
DOLORI MUSCOLARI / STANCHEZZA / AFFATICAMENTO الآلام العضلات / التعب / الإجهاد	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
NAUSEA/VOMITO/DIARRE الغثيان / القيء / الإسهال	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
PERDITA DELLA CAPACITA' DI SENTIRE ODORI E/O SENSAZIONE DEL GUSTO (disosmia / disgeusia) فقدان القدرة على الشم و / أو الإحساس بالطعم (عسر الهضم / خلل النونق)	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا
CONGIUNTIVITE التهاب الملتحمة	<input type="checkbox"/> SI نعم	<input type="checkbox"/> NO لا

Se positivi almeno due criteri tra quelli sopra autocertificati: CASO SOSPETTO COVID - 19

إذا كانت هناك إيجابية على الأقل لإثنين من المعايير المصدق عليها ذاتياً أعلاه: حالة مشتبه فيها لـ كوفيد - 19



\_\_\_\_\_  
توقيع المصرح (Firma del dichiarante)

الجزء الذي يجب ملؤه من طرف الأطر الصحية**Se l'utente proviene da una struttura residenziale:**

إذا كان المستخدم قادماً من إحدى دور رعاية المسنين :

DISPONIBILE "MOD<sub>INTERAZIENDALE</sub>010\_Triage coronavirus\_modulo di invio da una struttura residenziale"

متوفّر "نموذج ما بين الشركات 010\_ فرز الحالات المصابة بفيروس كورونا\_ يرسل نموذج من دور رعاية "الصحية"

PAZIENTE IDONEO ALL'ACCESSO

المريض يوجد في حالة تسمح له بالدخول

SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
------------------------------------	-----------------------------------

NOTE:

ملحوظة

**SE IL PAZIENTE VIENE INVIATO A DOMICILIO INDICARE:**

إذا تم إرسال المريض إلى المنزل ، فيجب ذكر:

N° tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo (العنوان ) \_\_\_\_\_

Città (المدينة) \_\_\_\_\_

Cognome sul citofono (اللقب الموضوع على جرس الباب) \_\_\_\_\_

**TUTTE LE SCHEDE POSITIVE DEVONO ESSERE INViate VIA FAX (1035) ALLA DSP.**

يجب إرسال جميع الإسثمارات الإيجابية عبر الفاكس (1035) إلى قسم معالجة الأمراض المعدية

Matricola Operatore sanitario del pre triage che ritira la scheda \_\_\_\_\_.

رقم تسجيل العامل الصحي القائم على عملية فرز الذي أشرف على أحد الإسثمارات -

**CRITERI DI DEFINIZIONE DI CONTATTO STRETTO** معايير تعريف الاتصال عن قرب

- التعامل مع حالة لكورونا - 19
- الاتصال الجسدي المباشر بحالة مصابة بكورونا - 19 (مثل المصافحة)
- الاتصال المباشر الغير محمي مع إفرازات لحالة الإصابة بكورونا - 19 (على سبيل المثال ، لمس المناديل الورقية المستعملة بيدين عاريتين )
- ملامسة مباشرة (وجهًا لوجه) لحالة مصابة بكورونا - 19 بحيث مسافة الفاصلة بينهما أقل من مترين وتستمر لأكثر من 15 دقيقة
- البقاء في وسط مغلق (على سبيل المثال ، الفصل الدراسي ، غرفة الاجتماعات ، غرفة الانتظار بالمستشفى) مع وجود حالة الإصابة بكورونا لمدة 15 دقيقة ومسافة لا تقل عن مترين
- الرعاية الصحية المباشرة أو الأنشطة المختبرية من أجل معالجة عينات الحالات مصابة بكورونا - 19 دون استخدام معدات الوقائية الموصى بها أو من خلال استخدام معدات الشخصية الغير الملامنة
- مسافر على متن الطائرة و من خلال مغادرين متوجهين إلى ما كانت الرحلة مع حالة الإصابة بكورونا - 19 دون أعراض خطيرة ولم يقم بتحركات داخل الطائرة
- راكب على متن الطائرة أو مسافر محتاج للرعاية الصحية أو أحد أفراد طاقم الطائرة المقيمين في قسم الطائرة حيث توجد حالة الإصابة بكورونا - 19 تظهر عليه أعراض خطيرة ولكنه ظل جالسا في مكانه
- مسافر جوا ، شخصا مسؤولا عن الرعاية الصحية أو أحد أفراد طاقم الطائرة مع التواجد الدائم في المقصورة / على متن الطائرة حيث إنطلق المصاب بكورونا - 19