



A.O. S.Croce e Carle Cuneo

MOD_{COVID_19}**TRIAGE CORONAVIRUS**paziente; accompagnatore; visitatore; tecnico; specialist
(autorizzato dal personale della struttura)

Data prima emissione: marzo 2020

Data ultima revisione: 13 agosto 2020

INFORMATION POUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES (les données seront traitées comme indiqué ci-dessous) :

Information pour le traitement des données personnelles conformément au règlement de l'UE 2016 /679 pour compléter les informations générales disponibles sur le site : www.ospedale.cuneo.it, section : "Protection des données personnelles", l' AO S.Croce e Carle, en qualité de directeur, communique que les données personnelles recueillies dans cette fiche seront traitées aux fins de l'application des mesures préventives définies par les « lignes directrices pour la reprise des activités de santé » de la région Piémont du 14/05/2020 et des dispositions mises en œuvre pour la prévention et la gestion de l'état d'urgence épidémiologique du Covid-19 DU Ministère de la Santé du 27/05/2020 . Le traitement est nécessaire à raison d'intérêt public envers le secteur de la santé publique conformément à l'art.9 ,par .2 ,let.i

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'USAGER (PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UTENTE)

Le soussigné à connaissance des responsabilités pénales et des conséquences administratives résultant de la falsification de documents et de fausses déclarations

(Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci)

CERTIFIE CE QUI SUIT : AUTOCERTIFICA QUANTO SEGUE:

Date (Data) / /.....	Heure (ora).....
Le soussigné (il sottoscritto) né le (nato il) à	
<i>COGNOME E NOME</i>	

ATTUALMENTE È IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO ACTUELLEMENT EN ISOLE MENT FIDUCIAIRE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
PROVIENE DA UNA STRUTTURA RESIDENZIALE (Casa di Riposo; Lungodegenza; Struttura Riabilitativa) → se si consegnare scheda della struttura PROVIENT D'UN ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL (maison de retraite, EHPAD , Centre de Rééducation) si OUI fournir fiche établissement	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
E CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO: ET DANS LES 14 DERNIERS JOURS A EU :		
UN CONTATTO STRETTO (vedi retro) CON CASO CONFERMATO COVID - 19 UN CONTACT PROCHE (voir derrière) AVEC CAS CONFIRMÉ DE COVID-19	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
UN DECESSO DI FAMILIARE CONVIVENTE PER CAUSE INSPIEGATE UN DÉCÈS D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE COHABITANT POUR CAUSE INCONNUE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
UN ACCESSO IN STRUTTURA/REPARTO CON PAZIENTI COVID – 19 ACCERTATI UN ACCÈS EN ÉTABLISSEMENT/SERVICE AVEC PATIENTS TESTÉS POSITIFS AU COVID-19	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
FEBBRE (> 37.4 °C) FIÈVRE (>37,4°C)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
TOSSE TOUX	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
DIFFICOLTA' A RESPIRARE / MANCANZA DI FIATO (dispnea) DIFFICULTÉS À RESPIRER / ESSOUFFLEMENT (dyspnée)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

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

Si au moins un des critères parmi ceux certifiés ci-dessus est positif : CAS SUSPECTÉ DE COVID-19

RAFFREDDORE (rinite) RHUME (rhynite)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
MAL DI GOLA (faringodinia) MAUX DE GORGE (pharyngodynie)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
DOLORI MUSCOLARI / STANCHEZZA/ AFFATICAMENTO COURBATURES/FATIGUE/ÉPUISEMENT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
NAUSEA/VOMITO/DIARREA NAUSÉE/VOMISSEMENT/DIARRHÉE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
PERDITA DELLA CAPACITA' DI SENTIRE ODORI E/O SENSAZIONE DEL GUSTO (disosmia / disgeusia) PERTE DE L'ODORAT ET/OU DU GOÛT (disosmie /dysgeusie)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CONGIUNTIVITE CONJONCTIVITE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

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

Si au moins deux critères parmi ceux certifiés ci-dessus sont positifs : CAS SUSPECTÉ DE COVID-19



Signature du déclarant (Firma del dichiarante) _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PERSONNEL MÉDICAL (PARTE DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE SANITARIO)

Se l'utente proviene da una struttura residenziale:

Si l'usager provient d'un établissement résidentiel

DISPONIBILE "MOD _{INTERAZIENDALE} 010_Triage coronavirus_modulo di invio da una struttura residenziale"	<input type="checkbox"/> SÌ OUI	<input type="checkbox"/> NO NON
DISPONIBILE "MOD _{INTERAZIENDALE} 010_Triage coronavirus_modulo di invio da una struttura residenziale"		
PAZIENTE IDONEO ALL'ACCESSO	<input type="checkbox"/> SÌ OUI	<input type="checkbox"/> NO NON
PATIENT ELIGIBLE POUR L'ACCES		

NOTE:

NOTES:

SE IL PAZIENTE VIENE INVIATO A DOMICILIO INDICARE:

SI LE PATIENT EST RENVOYÉ À DOMICILE INDIQUER :

N° tel. (N.tél.) _____ Indirizzo (Adresse) _____

Città (Ville) _____

Cognome sul citofono (Nom sur l'interphone) _____

TUTTE LE SCHEDE POSITIVE DEVONO ESSERE INVIATE VIA FAX (1035) ALLA DSP.
TOUTES LES FICHES POSITIVES DOIVENT ÊTRE ENVOYÉES PAR FAX (1035)

Matricola Operatore sanitario del pre triage che ritira la scheda _____

Numéro d'enregistrement de l'agent de santé du pré-triage qui reçoit la fiche _____

CRITÈRES DE DÉFINITION DE CONTACT PROCHE

- Cohabitation avec un cas de COVID-19
- Contact physique direct avec un cas de COVID-19 (par exemple une poignée de main)
- Contact direct non protégé avec les sécrétions d'un cas de COVID-19 (par exemple toucher à mains nues des mouchoirs en papier usés)
- Contact direct (face à face) avec un cas de COVID-19, à une distance inférieure à 2 mètres et d'une durée supérieure à 15 minutes
- Rester dans un lieu fermé (par exemple classe, salle de réunion, salle d'attente de l'hôpital) avec un cas de COVID-19 pendant au moins 15 minutes à moins de 2 mètres de distance
- Activité d'assistance directe à un cas de COVID-19 ou activité de laboratoire avec manipulation d'échantillons d'un cas de COVID-19 sans l'emploi de dispositif de protection individuelle recommandé ou par l'usage de DPI non adaptés
- Passager de voyage aérien sur les deux sièges adjacents, dans n'importe quelle direction, d'un cas de COVID-19 sans symptomatologie grave et qui ne se soit pas déplacé dans l'avion
- Passager de voyage aérien ou personne de l'assistance ou membre de l'équipage qui soit resté dans l'emplacement où un cas de COVID-19 avec symptomatologie grave était assis
- Passager de voyage aérien ou personne de l'assistance ou membre de l'équipage qui soit resté dans l'emplacement où un cas de COVID-19 s'est déplacé