



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Scheda 4 – All. Documento operativo Covid-19

SCHEDA PRIMO CONTATTO

Nome _____	Cognome _____
Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita _____
Genere <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Residenza/domicilio: Via _____	Città: _____
Numero di telefono _____	

Data di comparsa dei sintomi ____/____/____		
Sintomi:		
<input type="checkbox"/> storia di febbre/brividi	<input type="checkbox"/> astenia	<input type="checkbox"/> tosse
<input type="checkbox"/> faringodinia	<input type="checkbox"/> congestione nasale	<input type="checkbox"/> respiro corto
<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> nausea/vomito	<input type="checkbox"/> cefalea
<input type="checkbox"/> irritabilità/confusione	<input type="checkbox"/> dolori muscolari	<input type="checkbox"/> dolori addominali
<input type="checkbox"/> dolori toracici	<input type="checkbox"/> dolori articolari	<input type="checkbox"/> febbre _____ °C
Valutazione delle condizioni di rischio note al medico o confermate al primo contatto:		
<input type="checkbox"/> malattie polmonari	<input type="checkbox"/> malattie metaboliche	
<input type="checkbox"/> malattie cardiache	<input type="checkbox"/> gravidanza	
<input type="checkbox"/> malattie renali	<input type="checkbox"/> isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora)	
<input type="checkbox"/> malattie sistema immunitario	<input type="checkbox"/> non autosufficiente	
<input type="checkbox"/> malattie oncologiche	<input type="checkbox"/> operatore sanitario	
Valutazione dello stato vaccinale noto al medico o confermato al primo contatto:		
<input type="checkbox"/> vaccinazione antinfluenzale		
<input type="checkbox"/> vaccinazione antipneumococco		

Valutazione clinica primo contatto:
<input type="checkbox"/> Il respiro è lento (in caso di contatto telefonico, provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
<input type="checkbox"/> Il respiro è accelerato (in caso di contatto telefonico, provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
<input type="checkbox"/> Ha difficoltà a respirare dopo un lieve sforzo (alzarsi dalla sedia/letto), si affatica a camminare o non sta in piedi
<input type="checkbox"/> Il paziente è tachicardico (in caso di contatto telefonico, indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza cardiaca)
<input type="checkbox"/> Il paziente ha segni di cianosi periferica (in caso di contatto telefonico, suggerire controllare colore letto ungueale e tempo di refill dopo digitopressione, colore cute e labbra)
<input type="checkbox"/> In caso di contatto telefonico, valutare la capacità del paziente di parlare al telefono e il coordinamento con la respirazione



SCHEDA PRIMO CONTATTO

Nei 14 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il paziente:

ha viaggiato? ☐ sì ☐ no

Se sì, specificare Nazione _____ Città _____ dal _____ al _____

Nazione _____ Città _____ dal _____ al _____

ha frequentato una struttura sanitaria? ☐ sì ☐ no

Se sì, quale:

ha avuto contatti stretti con una persona con infezione respiratoria acuta? ☐ sì ☐ no

Se sì, specificare:

☐ data _____

☐ in ambiente sanitario ☐ in famiglia ☐ in ambiente lavorativo ☐ altro _____ ☐ non sa

ha avuto contatti con casi probabili o confermati di COVID-19? ☐ sì, in data _____ ☐ no

Se sì, specificare i nominativi:

ha visitato mercati di animali vivi? ☐ sì ☐ no

Se sì, specificare:

Eventuali note:

[illegible]

Recapito telefonico _____ Firma _____