



**TRIAGE Covid 19 A PAZIENTE AMBULATORIALE PRIMA DI
ESSERE SOTTOPOSTO A PRESTAZIONE
GASTROENTEROLOGICA CFV**

T.C. _____

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. Negli ultimi giorni ha avuto febbre? | Si | No |
| 2. Ha tosse? | Si | No |
| 3. Negli ultimi giorni ha avuto tosse? | Si | No |
| 4. Ha difficoltà a respirare? | Si | No |
| 5. Ha anoressia? | Si | No |
| 6. Ha diarrea? | Si | No |
| 7. Ha alterazioni del gusto? | Si | No |
| 8. Tampone negativo nelle ultime 24 ore? | Si | No |

Firma dell'infermiere

Firma del paziente
