

SCHEMA TRIAGE COVID-19 REGIONE PUGLIA MMG/PLS/CA

MEDICO _____ LUOGO _____ DATA ___/___/___ ORA _____

DATI PAZIENTE

Cognome	Nome
Data Nascita	Luogo Di Nascita
Residenza Via	N.
Comune	Prov. Tel./Cell.
Numero dei conviventi	
Dati interlocutore telefonico se diverso dal paziente	

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DI PAZIENTE SINTOMATICO PER INFEZIONE VIE RESPIRATORIE

SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO:

nel mondo:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

in Italia:

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=228>

SI NO NON NOTO

SE SI SPECIFICARE

PAESE _____

DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO ___/___/___

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI DI COVID-19 (vivi o deceduti) SI NO

ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO DI COVID-19 (CASI PROBABILI)* SI NO

CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO SI NO

CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI DI COVID-19 SI NO

SE SI (AD ALMENO UNO DEI PRECEDENTI), PROCEDERE A VALUTAZIONE CLINICA ULTERIORE

- **CASO SOSPETTO**
 - Persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra febbre, tosse, dispnea)
 - E
 - nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, almeno uno tra:
 - Storia di viaggi o residenza in Cina
 - Contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da SARS-CoV-2
 - Lavoro in/frequenza di una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con COVID-19
- **CASO PROBABILE**
 - Caso sospetto con risultato di laboratorio dubbio per SARS-CoV-2 o positivo a test pan-coronavirus (generico per tutti i coronavirus)
- **CASO CONFERMATO**
 - Caso sospetto con conferma presso un laboratorio di riferimento nazionale (Istituto Superiore di Sanità)
- **CONTATTO STRETTO**
 - Operatore sanitario che ha assistito un caso sospetto o confermato
 - Laborantista addetto al trattamento di campioni
 - Convivente di caso confermato o sospetto
 - Viaggio in aereo (stessa fila ±2), membri dell'equipaggio, compagni di viaggio di caso sospetto o confermato
 - Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima o dopo la manifestazione della malattia nel caso in esame

SE SI (AD ALMENO UNO DEI PRECEDENTI), PROCEDERE A VALUTAZIONE CLINICA ULTERIORE

VALUTAZIONE CLINICA TELEFONICA PAZIENTE FEBBRILE

DATA DI COMPARSA DEI SINTOMI: ___ / ___ / ___

FEBBRE SI _____ °C NO

Valutare la presenza di:

- A. ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA
- B. DISPNEA con o senza TOSSE E/O DIFFICOLTA' RESPIRATORIE

NEL CASO DI PRESENZA DI CRITERIO EPIDEMIOLOGICO DI CUI ALLA PAGINA PRECEDENTE E LE CONDIZIONI A E/O B, ALLERTARE IL 118 PER TRASPORTO DEDICATO ALLA U.O. MALATTIE INFETTIVE PIÙ VICINA

Nel caso di presenza criterio epidemiologico di cui alla pagina precedente e febbre e NON SUSSISTANO LE CONDIZIONI A e/o B, o SE ASINTOMATICO, SI PROCEDE COME SEGUE:

Ulteriori valutazioni delle condizioni di rischio (ad es. patologie croniche, gravidanza), assistenza da parte di caregiver, etc

- Raccomandare al paziente isolamento domiciliare, uso di mascherine chirurgiche e guanti, lavaggio frequente delle mani, areazione frequente degli ambienti
- Contattare il Dipartimento di Prevenzione di competenza

ASL BARI	sorveglianza.coronavirus@asl.bari.it	339-8750022
ASL BRINDISI	sorveglianza.coronavirus@asl.brindisi.it	338-5747395
ASL BT	direzione.sisp@aslbat.it	324-6624499 0883-299502
ASL FOGGIA	covid19.info@aslfg.it	0881-884018
ASL LECCE	protocollo.sispnord@ausl.le.it	328-0068490
ASL TARANTO	diprevta.coronavirus@gmail.com	333-6166842