

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	CHECK – LIST TRIAGE COVID – 19 LINGUA INGLESE	AST_DSS_515 F_Ed00
		Approvazione: Direttore Sanitario
		Data di Emissione: 27.08.2021

Operatore/Professional _____ Data/Date _____

Cognome e nome del paziente/Patient's last and first name _____

Cognome e nome del genitore/accompagnatore _____

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO I SEGUENTI SINTOMI? IN THE LAST 14 DAYS HAVE YOU HAD ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS?	PAZIENTE/PATIENT		ACCOMPAGNATORE ACCOMPANYING PERSON	
	Si/Yes	No	Si/Yes	No
Febbre/Fever $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$				
Tosse (secca o con catarro) Cough (dry or with phlegm)				
Raffreddore/Cold				
Difficoltà a respirare/Difficulty breathing				
Dolori muscolari e articolari/ Muscle or joint pain				
Mal di gola/Sore throat				
Mal di testa/Headache				
Vomito/Vomiting				
Diarrea/Diarrhoea				
Alterazioni del gusto/ Change in sense of taste				
Alterazioni dell'olfatto/ Change in sense of smell				
Congiuntivite/Conjunctivitis				

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI/IN THE LAST 14 DAYS	PAZIENTE/PATIENT		ACCOMPAGNATORE ACCOMPANYING PERSON	
	Si/Yes	No	Si/Yes	No
Ha avuto famigliari o contatti stretti con caso sospetto/confermato di COVID-19? Have had family members or close contacts with suspected/confirmed COVID-19?				
E' stato malato di COVID-19 e dichiarato guarito? Were you sick with COVID-19 and declared healed?				

Firma del paziente/Patient's signature.....

Firma del genitore/accompagnatore - Parent's/accompanying person's signature.....

Firma e matricola dell'operatore/Professional's signature.....

Ambulatorio/reparto/U.O.....