

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS - Via N. Sauro 5 – 23862 Civate (LC)	PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E STRATEGIE VACCINALI
PROCEDURA COD: PR RSA041 010 all. 20	Rev. 10 del 04-01-2022 approvata dalla Presidente il 05-01-2022

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICA PRE-INGRESSO RSA CASA DEL CIECO

TRIAGE TELEFONICO DEL CANDIDATO OSPITE

SINTOMI O INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2

Medico _____ 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

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS - Via N. Sauro 5 – 23862 Civate (LC)	PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E STRATEGIE VACCINALI
PROCEDURA COD: PR RSA041 010 all. 20	Rev. 10 del 04-01-2022 approvata dalla Presidente il 05-01-2022

TRIAGE TELEFONICO DEL CANDIDATO OSPITE

- ❖ Sono presenti sintomi di allarme (Red Flags)? No ☐ Si ☐
- Difficoltà a respirare di recente insorgenza (non dipendente da malattia cronica)
 - Febbre o sintomi di infiammazione alte vie aeree di recente insorgenza
 - Coscienza alterata di recente insorgenza (o variazioni rispetto ad usuale livello di coscienza da patologia cronica preesistente)
 - Pressione sistolica bassa minore o uguale 100 (se valutabile e comunque rispetto a valori preesistenti)
 - Frequenza cardiaca superiore a 100 o inferiore a 50 (se valutabile o comunque rispetto a livelli usuali)

SE PRESENTE ANCHE 1 SOLO ELEMENTO TRA I PRECEDENTI, SI INTERROMPE IL TRIAGE E SI RIMANDA AL MMG.

❖ Link epidemiologico

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti)	SI ☐	NO ☐
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI o PROBABILI	SI ☐	NO ☐
CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI	SI ☐	NO ☐
FREQUENTAZIONE AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI	SI ☐	NO ☐
POSSIBILITÀ e COMPLINACE A ISOLAMENTO FIDUCIARIO	SI ☐	NO ☐
ANAMNESI POSITIVA PER COVID o ILI NEI MESI PRECEDENTI	SI ☐	NO ☐

In che periodo:

Valutazione stato vaccinale:

Vaccinazione antinfluenzale SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

Vaccinazione antipneumococco SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

Vaccinazione anti Covid SI ☐ NO ☐ ciclo completo ☐

solo prima dose ☐ in data _____

COMMENTI:

STRATEGIA GESTIONALE A CONCLUSIONE DEL TRIAGE TELEFONICO

1. **IN PRESENZA DI LINK EPIDEMIOLOGICO** > segnalare il paziente al MMG
2. **SE ASINTOMATICO** > procedere alla effettuazione del sierologico e tampone come da delibera, provvedere alla sorveglianza telefonica e raccomandazioni per l'isolamento

Firma del Medico
