

# Scheda Segnalazione PS

## Regione Campania

### Modulo Dichiarazione di Salute Pubblica del viaggiatore COVID19

Data \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Sesso  M  F Età/Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente Italia  - Regione \_\_\_\_\_

Non residente Italia , Paese provenienza \_\_\_\_\_

Indirizzo di casa \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

#### Il paziente ha i seguenti segni e sintomi (barrare le caselle pertinenti)

Parte A: Ha uno dei seguenti sintomi?

- |                           |    |    |
|---------------------------|----|----|
| • Febbre                  | SI | NO |
| • Tosse                   | SI | NO |
| • Difficoltà respiratoria | SI | NO |

#### Ha altresì seguenti caratteristiche?

Trascorso del tempo In zone a trasmissione locale di COVID19, o proviene da una delle zone Rosse per COVID19?  Data viaggio _____ verso _____ Destinazione con casi di COVID19 _____  Data viaggio da Destinazione con casi di COVID19 _____ Data Arrivo in Campania _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N  Indicare la città:
Il paziente ha avuto contatti ravvicinati con una persona che è in valutazione diagnostica per il 2019-nCoV o mentre quella persona era malata?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Il paziente ha avuto contatti ravvicinati con un caso 2019-nCoV confermato in laboratorio, mentre quel caso era malato?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

#### Ulteriori Informazioni relative al paziente

Il paziente è un operatore sanitario?  S  N

Ha una storia lavorativa o di frequentazione di una struttura sanitaria (come paziente, operaio o visitatore) in destinazione ove siano stati confermati casi di 2019-nCoV?  S  N

Il paziente fa parte di gruppo di pazienti con malattia respiratoria acuta grave (ad esempio, febbre e polmonite che richiedono ospedalizzazione) ad eziologia sconosciuta, in cui nCoV è in corso di valutazione?  S  N

#### Il paziente ha questi segni e sintomi (tutte le risposte pertinenti) supplementari?

Brividi  Mal di testa  dolori muscolari  vomito  Dolore addominale  Diarrea  Altro, Specificare \_\_\_\_\_

Scheda Segnalazione PS  
Regione Campania



**Condizioni di comorbidità (barrare le caselle pertinenti):**

- Nessuna  Sconosciuto  Gravidanza  Diabete  malattia cardiaca  Ipertensione  
 malattia polmonare cronica  Malattia renale cronica  malattia epatica cronica  immunocompromessi  Altro, specificare

**Indicare dati del medico di base laddove conosciuto:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_