



### QUESTIONARIO/TRIAGE

Ha avuto una diagnosi di infezione da coronavirus (COVID-19)? SI  NO

Se la risposta è SI, è guarito? (tampone negativo?) SI  NO

**Nota 1: in caso di tampone negativo esibire certificazione medica da cui risulti la “avvenuta negativizzazione” del tampone secondo le modalità previste, rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza.**

**Nota 2: in caso di risposta “NO” al secondo quesito, non si consentirà l’accesso alle strutture abitative di ERDIS.**

Alla data odierna è in quarantena? SI  NO

Alla data odierna ha una temperatura corporea superiore a 37,5°C? SI  NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI  NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI  NO

**In presenza di una o più risposte affermative, non si consentirà l’accesso alle strutture abitative di ERDIS.**

Nei 14 giorni antecedenti all’ingresso in Italia ha soggiornato o transitato in Stati o territori di cui agli elenchi C, D, E, F dell’allegato 20 al DPCM 07.08.2020 e s.m.? SI  NO

In caso di risposta affermativa è stato sottoposto alla sorveglianza sanitaria e all’isolamento fiduciario per un periodo di 14 giorni? SI  NO

**In presenza di risposta “NO” al secondo quesito, non si consentirà l’accesso alle strutture abitative di ERDIS.**

Negli ultimi 14 giorni ha/ha avuto solo uno dei seguenti sintomi?

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Febbre superiore a 37,5°C                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tosse secca/mal di gola                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Respiro affannoso/difficoltà respiratorie | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Malessere/astenia                         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Cefalea                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Congiuntivite/raffreddore                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Sangue da naso/bocca                      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Vomito/diarrea                            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Inappetenza/anoressia                     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Confusione/vertigini                      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Perdita/alterazione dell’olfatto          | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ▪ Perdita/alterazione del gusto             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

**In presenza di una o più risposte affermative, non si consentirà l’accesso alle strutture abitative di ERDIS.**

(segue compilazione con i dati anagrafici)

**ERDIS MARCHE**



*Presidio di Ancona:* Vicolo della Serpe, 1 60121 Ancona (AN)  
*Presidio di Camerino:* Località Colle Paradiso, 1 62032 Camerino (MC)  
*Presidio di Macerata:* Via Piave, 35 62100 Macerata (MC)  
*Presidio di Urbino:* Via Vittorio Veneto, 43 61029 Urbino (PU)

DATI ANAGRAFICI

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

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Contatto telefonico \_\_\_\_\_

Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità nelle quali incorre in caso di dichiarazioni mendaci.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_