



## SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO COVID-19

BAMBINO/A

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

ACCOMPAGNATORE

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

<b><u>Oggi e nei tre giorni precedenti</u></b> <b>presenta o ha presentato:</b>	<b>BAMBINO</b>		<b>ACCOMPAGNATORE</b>	
Febbre 37,5° C	SI'	NO	SI'	NO
Tosse	SI'	NO	SI'	NO
Difficoltà respiratoria	SI'	NO	SI'	NO
Altri sintomi influenzali (Astenia, mialgie, cefalea, inappetenza, anosmia, disgeusia, congiuntivite, faringodinia, diarrea/vomito, rash cutaneo)	SI'	NO	SI'	NO
<b>Qualcuno nel nucleo familiare è in quarantena obbligatoria prescritta dalle Autorità Sanitarie?</b>	SI'	NO	SI'	NO
<b>Nei 14 giorni precedenti qualcuno del nucleo familiare è stato all'estero?</b> <b>Se SI' indicare DOVE e QUANDO</b>	SI'	NO	SI'	NO
<b>Nei 14 giorni precedenti ha avuto:</b>				
Contatti con casi accertati di COVID-19	SI'	NO	SI'	NO
Contatti con persone che hanno effettuato il tampone per COVID-19	SI'	NO	SI'	NO
Contatti con persone che si trovano in quarantena	SI'	NO	SI'	NO
Contatti con persone con febbre e/o sintomi respiratori e/o sintomi simil influenzali	SI'	NO	SI'	NO

**In caso di risposta affermativa specificare in Note:**

Firma interessato/genitore/delegato/tutore o esercente patria potestà: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_