



Scheda di attivazione USCA

MRIOSQA54-01

Dati PAZIENTE

Cognome _____ Nome: _____

Indirizzo: _____ Età _____

Telefono _____ Cellulare _____

Presenza di supporto sociale e assistenziale affidabile _____

Recapito caregiver: _____

Ha febbre? Sì NO Da quanti giorni? _____

Altri sintomi influenzali? Sì NO

Quali? _____

Contatti stretti con COVID+ negli ultimi 14 gg? Sì NO

Saturazione a riposo (se disponibile) _____

Saturazione dopo Walking Test (se disponibile) _____

Eseguito vaccino antiinfluenzale 2019? Sì NO

Eseguito vaccino antipneumococco? Sì NO

Già eseguito TAMPONE? Sì NO Se sì con quale esito? _____

Familiari con Influence Like Syndr. ultimi 10 gg? Sì NO

E' stato ricoverato nei giorni precedenti? Sì NO

Quando è stato dimesso? _____

Breve anamnesi (solo elenco patologie principali): _____

Nome e Cognome MMG/PLS _____

Telefono cellulare _____

Data, _____ Firma e timbro MMG/PLS _____