

**MISURE ATTE AL CONTENIMENTO DELL'INFEZIONE DA CORONAVIRUS IN PAZIENTI ONCOLOGICI**  
**SCHEDA DI VALUTAZIONE PRELIMINARE**

San Severo: \_\_\_\_\_

1

1. Contattato telefonicamente a domicilio il paziente \_\_\_\_\_  
che deve sottoporsi a \_\_\_\_\_ in data odierna e sono state poste le  
seguenti domande:

- Ha famigliari rientrati da poco da altre parti d'Italia si dove \_\_\_\_\_ no
- Ha famigliari affetti da:
  - Mal di gola si no
  - Tosse si no
  - Difficoltà respiratorie si no
  - Febbre si T: \_\_\_\_\_ no
- Lei si è sottoposta a visite oncologiche c/o strutture in ITALIA
- si dove \_\_\_\_\_ data visita \_\_\_\_\_ no
- Lei presenta qualcuno dei seguenti sintomi:
  - Mal di gola si no
  - Tosse si no
  - Difficoltà respiratorie si no
  - Febbre si T: \_\_\_\_\_ no

Si avvisa il paziente di giungere in reparto con mascherina e guanti, senza accompagnatore ( se deambulante).

L'infermiere: \_\_\_\_\_

Firma del paziente di convalida questionario all'arrivo in reparto: \_\_\_\_\_

