

Dati MMG PdF CA Altro segnalante

Nome _____ Cognome _____ AFT appartenenza _____

Email _____ telefono _____

Dati paziente

Nome _____ Cognome _____ sesso M.. F.. Data nascita __/__/____

Indirizzo domicilio _____ Città _____

CAP o Quartiere _____ Telefono _____

Care-giver _____

Motivo attivazione servizio valutazione domiciliare TEAM COVID

- Febbre sopra 38 o innalzamento rapido che perdura da almeno 24 ore
- Riacutizzazione o peggioramento della tosse
- Difficoltà respiratoria
- Grave astenia
- Altro , Se si specificare: _____

Data comparsa dei sintomi _____

Patologie degne di nota

- Malattie croniche
- Condizione terminale
- Altro , Se si Specificare: _____

Terapie in atto _____

Paziente in carico ai servizi territoriali, se si specificare quali: _____

Data __ / __ / 2020

Firma medico
