

Esempio di foglio di controllo pre-imbarco COVID-19

Questionario sullo screening COVID-19: informazioni generali	Completato dal Medico	Completato dal membro dell'equipaggio
Nome:	Azienda:	
Viaggiato da (Nazione):		
Viaggiato attraverso (Nazione):		

Data di arrivo in questa Nazione	Paese e Città di Residenza
---	-----------------------------------

Questionario sullo screening COVID-19: informazioni mediche	Completato dal Medico	Completato dalla Persona
Temperatura corporea	Eventuali segni visivi di malattia: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Descrizione dei sintomi	Commenti / Osservazioni	
Hai attualmente o hai avuto negli ultimi 14 giorni uno dei seguenti sintomi?		
Febbre	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tosse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Gola infiammata	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nausea/Vomito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mancanza di respiro	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fatica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Qualsiasi malattia inspiegabile	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Negli ultimi 14 giorni hai visitato tutte le aree ad alto rischio definite dall'OMS o dalla guida nazionale locale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
In caso affermativo, identificare quale paese (i)		
Sei mai stato in una struttura sanitaria dove sono stati trattati casi confermati o sospetti del romanzo Coronavirus 2019?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sei mai stato in contatto con un caso confermato o sospetto del Nuovo Coronavirus 2019 (COVID-19)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Tieni presente che hai un dovere di diligenza e obbligo verso te stesso e gli altri che potresti consapevolmente o inconsapevolmente infettare con COVID-19. È quindi fondamentale che questo questionario sia completato con informazioni concrete e oneste sulla tua salute.

Esaminatore

Medico:

Firma:

Data:

Esaminato

Nome:

Firma:

Data:

NOTA

È importante che il Responsabile designato dall'Azienda abbia accesso a competenze mediche adeguate in grado di valutare il questionario in caso di risposta positiva a una qualsiasi delle domande.