



TRACCIAMENTO DEI CONTATTI IN RELAZIONE AL CORONAVIRUS

Paziente:

Signora Signor

Cognome: _____ Nome: _____

Via: _____ NPA / luogo: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

E-mail: _____ Data di nascita: ____ / ____ / ____

Esposizione: (negli ultimi 14 giorni prima del manifestarsi dei sintomi)

Dove: CH estero, Paese: _____ Luogo: _____

Quando: data dell'esposizione: _____

Come: contatto stretto con un caso di COVID-19 confermato in laboratorio: sì no
 non noto

Se sì: all'interno della famiglia al lavoro
 quale membro del personale medico o di cura
 a scuola/scuola dell'infanzia/asilo nido altri contatti: _____

Legame epidemiologico con un caso confermato in laboratorio: sì

personale medico o di cura: sì no

Contatti:

sono considerati contatti tutte le persone con le quali ha avuto contatto senza protezione nelle 48 ore precedenti il manifestarsi dei sintomi a una distanza inferiore a 1,5 metri per oltre 15 minuti. I campi contrassegnati con un asterisco (*) sono obbligatori. Altri contatti possono essere annotati su un foglio bianco da allegare al presente documento.

Contatto:

Signora Signor

Cognome* _____ Nome* _____

Via: _____ NPA / luogo: _____

Telefono*: _____ Cellulare*: _____

E-mail: _____ Data di nascita: ____ / ____ / ____

Stessa economia domestica: sì no Relazione* : _____

**Voltare
prego**

Contatto:

Signora Signor

Cognome* _____

Nome* _____

Via: _____

NPA / luogo: _____

Telefono*: _____

Cellulare*: _____

E-mail: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Stessa economia domestica: sì no _

Relazione *: _____

Contatto:

Signora Signor

Cognome* _____

Nome* _____

Via: _____

NPA / luogo: _____

Telefono*: _____

Cellulare*: _____

E-mail: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Stessa economia domestica: sì no _

Relazione *: _____

Contatto:

Signora Signor

Cognome* _____

Nome* _____

Via: _____

NPA / luogo: _____

Telefono*: _____

Cellulare*: _____

E-mail: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Stessa economia domestica: sì no _

Relazione *: _____

Osservazioni / ulteriori informazioni: (sede scolastica? classe?) _____

Paziente:

Data: ____ / ____ / ____

Firma: _____

Medico:

Data: ____ / ____ / ____

Timbro: _____