



# AZIENDA USL PESCARA

## U.O.S. ASSISTENZA DOMICILIARE E INTERMEDIA

Dirigente Medico Responsabile: Dott.ssa Mirella Scimia  
Tel. 085 425 3145/ 3025 - E mail: [mirella.scimia@ausl.pe.it](mailto:mirella.scimia@ausl.pe.it)

Prot. n. 0068943/20\_

Pescara 22/05/2020

C.a. Sig.ri MMG/PLS  
Servizi di Cure Domiciliari distrettuali  
Ditta Medicasa Italia

Ep.c. Coordinatore UCAT  
Dott. Ildo Polidoro  
Servizio di Igiene  
Direttore FF. UOC Integrazione Ospedale Territorio  
Dott. Rossano Di Luzio  
Direttore Generale FF  
Antonio Caponetti

Oggetto: Prevenzione contagi Covid . Ammissione dei pazienti alle cure domiciliari / riattivazione assistenza domiciliare dei pazienti sospesi .

Con riferimento alla nota di Prot. n. 0063593/20 trasmessa 12/05/2020, stesso oggetto, il Coordinatore UCAT, ha rimesso parere riguardo l'esecuzione dell'indagine epidemiologica per tutti i pazienti da arruolare in ADI.

Il Dott. Polidoro ritiene che sia opportuno testare con il tampone Covid, solo i casi che presentino condizioni cliniche che ne pongano l'indicazione.

Pertanto alla luce di quanto sopra detto, per l'arruolamento/riarruolamento di tutti i pazienti, è indispensabile eseguire preventivamente l'indagine epidemiologica tramite il questionario Covid già trasmesso in allegato alla nota sopra ricordata.

Distinti saluti

Il Dirigente Medico Responsabile  
f.to Dott.ssa Mirella Scimia



**AZIENDA USL PESCARA**  
**U.O.S. ASSISTENZA DOMICILIARE E INTERMEDIA**

Dirigente Medico Responsabile: Dott.ssa Mirella Scimia

**Distretto Sanitario di Base**

**TRIAGE TELEFONICO PAZIENTI ADI**

**EMERGENZA COVID – 19**

Nei casi sospetti contattare il n. \_3336162872\_

OPERATORE TRIAGE \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

DATI PAZIENTI		PAI n.
Cognome		Nome
Data di nascita		Luogo
Residenza		Indirizzo
n. conviventi		

**Domande da eseguire ai pazienti che richiedono l'attivazione dell'ADI**

**\*Presenta Lei uno dei seguenti sintomi**

- Febbre, con temperatura superiore ai 37,5°C per almeno tre giorni consecutivi
- Tosse
- Mal di gola e/o raffreddore
- Mal di testa
- Dolori a muscoli, ossa, articolazioni
- Perdita di gusto e/o olfatto
- Difficoltà respiratoria (senso di affanno a riposo)
- Dolore al petto (dolore allo sterno)
- Tachicardia
- Disturbi gastrointestinali (diarrea, nausea, vomito)
- Congiuntivite (occhi arrossati)
- Polmonite



**AZIENDA USL PESCARA**  
**U.O.S. ASSISTENZA DOMICILIARE E INTERMEDIA**

Dirigente Medico Responsabile: Dott.ssa Mirella Scimia

**\*Ha avuto almeno uno dei sintomi precedenti, negli ultimi due mesi?**

- SI       NO

**\*E' entrato/a in stretto contatto (contatto diretto a meno di 2 metri di distanza, o in ambiente chiuso come casa, sede di lavoro, mezzo di trasporto) con casi accertati di COVID-19, vivi o deceduti?**

- Si     No

**\* Ha effettuato il tampone per COVID-19?**

- Si, con risultato positivo  
 Si, con risultato negativo  
 Si, ma non conosco il risultato

Il tampone è stato eseguito in data .....

- No, non l'ho effettuato

**\* E' stato ricoverato per infezione da COVID-19 sospetta o accertata?**

- Si     No

**\* Ha contattato i numeri di emergenza e/o il medico di base per segnalare eventuali sintomi di sospetta infezione da COVID-19?**

- No  
 No ma mi sono recato in ospedale di mia iniziativa  
 Si e mi hanno suggerito isolamento  
 Si e non mi hanno suggerito isolamento  
 Si e mi hanno inviato in ospedale

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_