



## RICHIESTA DI ATTIVAZIONE USCA

### Dati MMG richiedente (campi obbligatori)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

e-mail crs \_\_\_\_\_

Telefono \* \_\_\_\_\_

Codice Regionale \_\_\_\_\_

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

*\*Il MMG è invitato ad essere contattabile in giornata per confronto e restituzione dell'intervento*

### Anagrafica paziente (campi obbligatori)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

### SI RICHIEDE:

- Intervento ambulatoriale presso Centro Territoriale COVID – Via Morelli, Brescia
- Intervento domiciliare per:
  - Visita
  - Visita e tampone

### DATI CLINICI DI INTERESSE

#### Anamnesi patologica

(ipertensione, patologia cardiovascolare, diabete mellito, obesità, insufficienza renale cronica, BPCO, etc.)

---

---

---

---

Data inizio sintomi COVID-19 \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_



## Quadro clinico COVID-19

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Febbre $\geq 37,5$ °C | <input type="checkbox"/> Anosmia                   |
| <input type="checkbox"/> Tosse                 | <input type="checkbox"/> Ageusia                   |
| <input type="checkbox"/> Dispnea               | <input type="checkbox"/> Inappetenza               |
| <input type="checkbox"/> Astenia               | <input type="checkbox"/> Sintomi gastrointestinali |
| <input type="checkbox"/> Altro _____           |  |

## Note (ricovero recente, etc.)

---

---

---

## Tampone

- Non eseguito (per i pazienti in visita domiciliare)
  
- Eseguito in data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_
  - Esito NEGATIVO
  
  - Esito POSITIVO
  
  - Esito DEBOLMENTE POSITIVO

Informazioni relative ad eventuali ulteriori precedenti tamponi/sierologici:

---

## Terapia in corso (compresa la terapia cronica)

---

---

---

## Note integrative

---

---

---

---

---