

Strumento di screening della COVID-19 per studenti e bambini in età prescolare e scolare

Versione 3: 5 ottobre 2020

Gli studenti e i bambini devono sottoporsi a uno screening per la COVID-19 ogni giorno prima di recarsi a scuola o all'asilo. I genitori/tutori possono compilare questo modulo per conto di un bambino.

Data (gg-mm-aaaa) _____

Domande di screening (mettete una "X" nella colonna appropriata)

1. Attualmente soffre di uno qualsiasi di questi sintomi?

Scegliete uno/tutti quelli nuovi, in peggioramento e non correlati ad altre cause o condizioni sanitarie note.

Febbre e/o brividi Temperatura di 37,8 gradi Celsius/100 gradi Fahrenheit o superiore	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Tosse o tosse secca (laringotracheobronchite) Continua, più del solito, fischio durante la respirazione, non correlata ad altre cause o condizioni note (per esempio, asma o vie aeree reattive post-infettive)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Fiato corto Essere senza fiato, incapacità di respirare profondamente, non correlato ad altre cause o condizioni note (per esempio, asma)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diminuzione o perdita del gusto o dell'olfatto Non correlate ad altre cause o condizioni note (per esempio, allergie o disturbi neurologici)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

2. Attualmente soffre di uno qualsiasi di questi sintomi?

Scegliete uno/tutti quelli nuovi, in peggioramento e non correlati ad altre cause o condizioni sanitarie note.

Mal di gola o difficoltà a deglutire Deglutizione dolorosa, non correlata ad altre cause o condizioni note (per esempio, allergie stagionali o reflusso gastroesofageo)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Naso che cola o chiuso/congestionato Non correlato ad altre cause o condizioni note (per esempio, allergie stagionali o stare fuori alle fredde temperature)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mal di testa insolito o che dura a lungo Non correlato ad altre cause o condizioni note (per esempio, cefalee di tipo tensivo o emicranie croniche)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Nausea, vomito e/o diarrea Non correlati ad altre cause o condizioni note (per esempio, sindrome del colon irritabile, ansia nei bambini o crampi mestruali)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Estrema stanchezza che sia insolita o dolori muscolari Spossatezza, mancanza di energia, mancanza di appetito nei neonati, non correlate ad altre cause o condizioni note (per esempio, depressione, insonnia, disfunzione della tiroide o lesione improvvisa)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

3. Ha viaggiato fuori del Canada negli ultimi 14 giorni?

Sì No

4. Negli ultimi 14 giorni un'unità sanitaria pubblica ha rilevato che è stato a stretto contatto con qualcuno che attualmente è affetto da COVID-19?

Sì No

5. Un medico, un operatore sanitario o un'unità sanitaria pubblica hanno detto a voi o al bambino che attualmente deve rimanere in isolamento (restare a casa)?

Sì No

6. Durante gli ultimi 14 giorni ha ricevuto una notifica di esposizione di COVID Alert sul suo telefono cellulare?

Sì No

Risultati delle domande di screening

! Se avete risposto "Sì" a uno qualsiasi dei sintomi inclusi nella domanda 1:

- Contattate la scuola/l'asilo per informarli di questo risultato.
- Deve rimanere in isolamento (restare a casa) e non uscire eccetto per essere sottoposto al test o per un'emergenza sanitaria.
- Rivolgetevi a un medico/operatore sanitario per raccomandazioni o un accertamento, incluso per sapere se deve sottoporsi al test della COVID-19.
- I membri del nucleo familiare senza sintomi possono recarsi a scuola/all'asilo/al lavoro. Consultate il sito Web della vostra unità sanitaria pubblica locale oppure chiamate per sapere se vi sono norme diverse in base al rischio locale.

! Se avete risposto "Sì" a solo uno dei sintomi inclusi nella domanda 2:

- Contattate la scuola/l'asilo per informarli di questo risultato.
- Deve rimanere in isolamento (restare a casa) per 24 ore e non uscire eccetto per un'emergenza sanitaria.
- Dopo 24 ore, se il suo sintomo migliora, può tornare a scuola/all'asilo se si sente abbastanza bene per farlo. Non ha bisogno di essere sottoposto al test.
- I membri del nucleo familiare senza sintomi possono recarsi a scuola/all'asilo/al lavoro. Consultate il sito Web della vostra unità sanitaria pubblica locale oppure chiamate per sapere se vi sono norme diverse in base al rischio locale.

! Se avete risposto "Sì" a due o più dei sintomi inclusi nella domanda 2:

- Contattate la scuola/l'asilo per informarli di questo risultato.
- Deve rimanere in isolamento (restare a casa) e non uscire eccetto per essere sottoposto al test o per un'emergenza sanitaria.
- Rivolgetevi a un medico/operatore sanitario per raccomandazioni o un accertamento, incluso per sapere se deve sottoporsi al test della COVID-19.
- I membri del nucleo familiare senza sintomi possono recarsi a scuola/all'asilo/al lavoro. Consultate il sito Web della vostra unità sanitaria pubblica locale oppure chiamate per sapere se vi sono norme diverse in base al rischio locale.

! Se avete risposto "Sì" alla domanda 3, 4, 5 o 6:

- Contattate la scuola/l'asilo per informarli di questo risultato.
- Deve rimanere in isolamento (restare a casa) per 14 giorni e non uscire eccetto per essere sottoposto al test o per un'emergenza sanitaria.
- Rivolgetevi a un medico/operatore sanitario per raccomandazioni o un accertamento, incluso per sapere se deve sottoporsi al test della COVID-19.

✓ Se avete risposto "NO" a tutte le domande, il bambino può recarsi a scuola/all'asilo.

Sanità pubblica dell'Ontario – Tracciamento dei contatti

La risposta a queste domande è opzionale. Queste informazioni verranno utilizzate solo dai funzionari di Sanità pubblica per il tracciamento dei contatti. Tutte le informazioni verranno eliminate dopo 28 giorni.

Data: _____

Nome: _____

Telefono o e-mail: _____