

## SCHEDA DI TRIAGE TELEFONICO FISIOTERAPICO PER COVID-19

Fisioterapista \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Cognome nome paziente \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza completo \_\_\_\_\_

Indirizzo di domicilio completo (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_ recapito mail \_\_\_\_\_

### STEP 1 - TRIAGE PER COVID19 TELEFONICO

(Domande da porre al paziente nei giorni precedenti il consulto fisioterapico)

A) E' attualmente affetto da COVID19 o posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva?

SI	previo consenso del paziente, prendere contatto con il medico di fiducia dello stesso per valutare la prorogabilità dell'intervento in presenza (che in questo caso non potrà che essere domiciliare e richiederà l'adozione delle massime misure di prevenzione). Valutare la possibilità di teleconsulto fisioterapico
NO	screening sintomi infezione SAR-CoV-2 (B)

(B) Negli ultimi 14 giorni ha avuto i seguenti sintomi?

Screening sintomi infezione SARS-CoV-2	SI	NO	
Febbre > 37.5 °C (88%)			<p>→ Quadro compatibile con infezione da SAR-CoV-2? (se febbre o tosse secca SI. Per gli altri valutare n° di sintomi presenti e la loro probabilità di correlazione con SARS-CoV-2)</p> <p><input type="checkbox"/> SI → Invitare il paziente a contattare il medico di fiducia. Il fisioterapista potrà, previo consenso del paziente, prendere contatto con il medico di fiducia dello stesso per accertarsi delle condizioni cliniche del paziente, al fine di concordare se e quando riprogrammare la presa in carico</p> <p><input type="checkbox"/> NO → Valutare "Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2" (B)</p>
Tosse secca (68%)			
Affaticamento (38%)			
produzione di espettorato (33%)			
dispnea (19%)			
Mialgia o artralgia (15%)			
Mal di gola (14%)			
Mal di testa (14%)			
Vomito (5%)			
Diarrea (4%)			
Disgeusia (alter. del gusto)			
Anosmia (alter. dell'olfatto)			

(C) Negli ultimi 14 giorni:

*Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2*

	SI	NO
ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare?		
è stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare?		
è stato malato di COVID19 e dichiarato clinicamente guarito da COVID19 per doppio tampone negativo?*		

*se uno o più SI la presa in carico in presenza è possibile (nei primi due casi al termine della quarantena) ma valutare se adottare dispositivi ad alto livello di protezione o teleconsulenza fisioterapica*

*se tutti NO programmare intervento (amb, dom) o teleconsulenza fisioterapica*

*\*al momento della pubblicazione del presente documento, non sono ancora stati individuati i migliori test sierologici per poter definire con sufficiente grado di validità una condizione di immunità post-COVID19. Inoltre non vi sono ancora sufficienti conoscenze in merito alla persistenza nel tempo dell'immunità postCOVID19. Pertanto si è ritenuto di annoverare i "guariti" nei casi*

Nei seguenti casi:

- esiti recenti di interventi chirurgici, nei traumi e la fase immediatamente post acuta di patologie invalidanti neurologiche, cardiorespiratorie, oncologiche, viscerali (infarto, ictus, ecc)
- disfunzioni e patologie negli apparati muscolo-scheletrico, neurologico, vascolare e cardiorespiratorio indotti dal COVID19 in pazienti dichiarati guariti a seguito di doppio tampone negativo;
- gravi patologie disabilitanti dell'età evolutiva;
- disfunzioni acute e sub-acute per le quali un intervento fisioterapico non tempestivo comporterebbe rischio di cronicizzazione o di insorgenza di patologie secondarie;
- condizioni croniche-degenerative in fase di peggioramento del quadro funzionale procedere con il programmare valutazione in presenza in contesto ambulatoriale (o domiciliare se necessario), laddove non sostituibile con teleconsulenza fisioterapica.

Altrimenti è opportuno orientare la presa in carico verso una teleconsulenza fisioterapica per ridurre gli spostamenti.

## STEP 2 - TRIAGE PER COVID19 IN PRESENZA

domande da riproporre ad ogni seduta

(A) Oggi ha i seguenti sintomi?

<i>Screening sintomi infezione SARS-CoV-2</i>
Febbre > 37.5 °C (88%)
Tosse secca (68%)
Affaticamento (38%)
produzione di espettorato (33%)
dispnea (19%)
Mialgia o artralgia (15%)
Mal di gola (14%)
Mal di testa (14%)
Vomito (5%)
Diarrea (4%)
Disgeusia (alter. del gusto)
Anosmia (alter. dell'olfatto)

SI	NO

SI → Invitare il paziente a rientrare al proprio domicilio e contattare il proprio medico di fiducia.  
 Attuare misure di sanificazione e disinfezione di ambienti e oggetti con cui è venuto in contatto il paziente.\*

→ *Quadro compatibile con infezione da SAR-CoV-2?*

NO → Valutare "Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2" (B)

\* Il fisioterapista potrà, previo consenso del paziente, prendere contatto con il medico di fiducia dello stesso per accertarsi delle condizioni cliniche del paziente, al fine di concordare se e quando riprogrammare la presa in carico

(B) Nei giorni intercorsi da quando ci siamo sentiti/visti:

*Situazioni a rischio di infezione da SAR-CoV-2*

	SI	NO
ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare?		
è stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare?		

*se uno o più SI la presa in carico in presenza è possibile ma valutare se adottare dispositivi ad alto livello adottare di protezione*

*se tutti NO programmare intervento (amb, dom) o teleconsulenza fisioterapica*

NOTA: Il professionista può valutare se elaborare un modulo con queste domande da far firmare al paziente (o integrare le suddette domande in moduli già esistenti) e da allegare alla cartella fisioterapica. In tal caso potrà essere aggiunta la seguente riga.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_