Screening Visitors for Novel Coronavirus

ITALIAN Language

Beth Israel Lahey Health

La vostra sicurezza è la nostra priorità. Per la propria sicurezza e quella degli altri pazienti e del personale, è pregato di prendere visione delle domande in basso e di riportare le sue risposte al personale.

Your care and safety is a top priority. For your protection and the safety of other patients and staff, please read the questions below and point to your answers for staff to review.

1 **Attualmente presenta uno dei seguenti sintomi *(appena comparso o in peggioramento)*?**

- Tosse
- Difficoltà a respirare
- Diarrea
- Perdita dell'olfatto o del gusto
- Febbre (>100,4 °F / 38 °C) o sperimenta i sintomi della febbre
- Brividi o dolori
- Mal di gola

OPPURE

Le è stato diagnosticato il COVID-19 negli ultimi 20 giorni?

☐ **Se no a entrambe** → Assicurarsi che il visitatore porti la mascherina e ***procedere alla prossima domanda***

☐ **Se sì a una delle due** → **Rimandare la visita***

2 **È stato a contatto con qualcuno a cui è stato confermato il COVID-19 nelle ultime due settimane?**

☐ **Se no** → Assicurarsi che il visitatore porti la mascherina e *procedere alla prossima domanda*

☐ **Se sì** → Rimandare la visita*

3a **È stato in una delle zone ad alto rischio (*vedere la mappa*) nelle ultime due settimane?**

☐ **Se no** → Assicurarsi che il visitatore porti la mascherina e **procedere con la visita**

☐ **Se sì** → Assicurarsi che il visitatore porti la mascherina e ***procedere alla prossima domanda***

3b **Ha eseguito un test per il COVID-19 che è risultato negativo nelle ultime 72 ore prima di arrivare nel Massachusets OPPURE sta accompagnando un paziente da fuori dello stato?**

☐ **Se no** → **Rimandare la visita***

☐ **Se sì** → assicurarsi che il visitatore porti la mascherina e **procedere con la visita**

1 **Do you have one of the following symptoms *(new or worsening)*?**

- Cough
- Shortness of breath
- Diarrhea
- Loss of smell or taste
- Fever (>100.4 deg F) or feeling feverish
- Chills or body aches
- Sore throat

OR

Have you been diagnosed with COVID-19 in the last 20 days?

☐ **If no to both** → Ensure visitor is masked and ***proceed to next question***

☐ **If yes to either** → **Postpone their visit***

2 **In the last two weeks, have you been in contact with someone who has confirmed COVID-19?**

☐ **If no** → Ensure visitor is masked and ***proceed to next question***

☐ **If yes** → **Postpone their visit***

3a **In the last two weeks, have you traveled to a high risk area *(see map)*?**

☐ **If no** → Ensure visitor is masked and **continue with visit**

☐ **If yes** → Ensure visitor is masked and ***proceed to next question***

3b **Have you tested negative for COVID-19 within 72 hours of arriving to MA OR are you accompanying a patient from out-of-state?**

☐ **If no** → **Postpone their visit***

☐ **If yes** → Ensure visitor is masked and **continue with visit**

**See instruction sheet for limited exceptions*

8/26/20