

**Emergenza Coronavirus – COVID-19
TRIAGE TELEFONICO PER BAMBINI CON SINTOMI INFLUENZALI**

Le indicazioni di seguito riportate sono basate sullo stato delle conoscenze e potranno essere modificate qualora emergessero novità di tipo clinico e/o epidemiologico commisurate alla diffusione del virus a livello locale o nazionale e in base alle indicazioni che riceveremo dalle Autorità Sanitarie con le quali la FIMP è in stretto e costante contatto.

DATA _____ ORA _____

PEDIATRA DI FAMIGLIA: _____

DATI PAZIENTE PER IL QUALE SI VIENE CONTATTATI	
Cognome	Nome
Data Nascita	Luogo Di Nascita
Residenza Via	N.
Comune	Prov.
Generalità di chi chiama (genitore o familiare)	
Telefono/cellulare	
Numero di conviventi	

1. SOSPETTO EPIDEMIOLOGICO

a) Il bambino o un familiare convivente provengono da una zona a rischio:

- Cina
- altri paesi con presenza di casi
- comuni italiani sottoposti a quarantena

Sito WHO:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

Data di arrivo dalla zona a rischio _____

b) Il bambino o un familiare convivente ha avuto contatto con:

- con casi accertati di soggetti (vivi o deceduti) risultati positivi al test per il Coronavirus
- con casi sospetti d'alto rischio di essere positivi al Coronavirus
- con familiari di casi sospetti di infezione da Coronavirus
- con persone rientrate da paesi o località ad alto rischio (indicare data di arrivo dalla zona a rischio) _____

Se presente anche una sola delle condizioni del punto 1:

- a. **raccomandare** l'isolamento domiciliare volontario
- b. **allertare i servizi di emergenza** come da indicazioni dei servizi sanitari locali

2. SOSPETTO CLINICO

il bambino è sintomatico per una infezione simil-influenzale in assenza di sospetto epidemiologico

Data di inizio dei sintomi _____

presenza di sintomi suggestivi di infezione simil-influenzale (ILI)	altri aspetti generali
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Febbre >38°C <input type="checkbox"/> Raffreddore <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Mal di gola <input type="checkbox"/> Difficoltà di alimentazione <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Mal di testa <input type="checkbox"/> Malessere generale 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vaccinato per l'influenza stagionale <input type="checkbox"/> Familiari conviventi ammalati di ILI (nelle ultime settimane) <input type="checkbox"/>

A) Condizioni rilevate di lieve o modesta gravità:

- a. Raccomandare di **rimanere a casa** evitando i contatti con persone sane.
- b. Raccomandare di **non recarsi allo studio del pediatra di famiglia o agli altri Servizi di Assistenza** (Pronto Soccorso o Guardia Medica) senza previo accordo telefonico.
- c. Fornire consigli sulla **terapia sintomatica** e l'**igiene** personale e dei familiari.
- d. Mantenere il monitoraggio dell'evoluzione di sintomi assicurando disponibilità al **follow-up** in caso di peggioramento concordando tempi e modalità per **rivalutazione telefonica** del caso, con informazioni chiare e concordate con i genitori del bambino.

B) Rilevare telefonicamente se presenti indici di gravità clinica:

- Ha una significativa difficoltà a respirare a riposo o ha una frequenza respiratoria elevata rispetto all'età (fornire adeguate indicazioni al genitore per la rilevazione)
 - È fortemente abbattuto e poco reattivo anche quando sfebbrato
 - Ha uno stato di coscienza alterato
 - Ha segni di cianosi periferica (suggerire come controllare colore cute e labbra)
- a. Se presente una o più tra le condizioni del punto B **contattare** i servizi sanitari locali per attivare le strategie di assistenza più opportune.
 - b. Disponibilità alla **valutazione clinica diretta** con le dovute misure di protezione individuale fornite dall'ASL (maschera, camice monouso, guanti, visiera).