



GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19

2020

SCHEDA DI TRIAGE PSICOLOGICO Emergenza Covid-19

SCHEDA N. _____

SEZIONE I

DATA: _____ ORA: _____

DATI OPERATORE

COGNOME: _____ NOME: _____

ENTE / ASSOCIAZIONE / AZIENDA / ALTRO (SPECIFICARE): _____

SEZIONE II

DATI UTENTE

COGNOME: _____ NOME: _____ LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

SESSO: M F STATO CIVILE: _____

SOGGETTO

- Personale sanitario interno al polo Ospedaliero
- Personale sanitario esterno al polo Ospedaliero
(medici di famiglia, pediatri, guardie mediche, assistenza domiciliare, presidi ambulatoriali, etc.)
- Personale sanitario contagiato attualmente in isolamento Familiare di personale sanitario contagiato

In caso il servizio sia esteso ai pazienti e cittadini

- Civile contagiato Familiare di civile contagiato ricoverato presso struttura sanitaria
- Altro (specificare) _____

RUOLO ALL'INTERNO DELL'ORGANIZZAZIONE
(solo in caso di personale sanitario, es. medico,
infermiere, OSS, etc.)

REPARTO/SERVIZIO (solo in caso di personale sanitario)

INDIRIZZO: _____

TEL: _____

LUOGO DI PERMANENZA:

- NESSUNO (SOGGETTO NON CONTAGIATO) OSPEDALE CASA CENTRO DI QUARANTENA

INVIANTE:

- INIZIATIVA PERSONALE
- INIZIATIVA PERSONALE (PER IL TRAMITE DI UN NUMERO VERDE REGIONALE / CENTRALINO AZIENDA SANITARIA)
- SUPPORTO ALLA PERSONA IGIENE E SANITÀ PUBBLICA ALTRO (specificare) _____

SEZIONE III

PREGRESSI PROBLEMI PSICOLOGICI: SI NO SPECIFICARE: _____

TRATTAMENTI PSICOFARMACOLOGICI PRECEDENTI/IN ESSERE (specificare DOSE e POSOLOGIA): _____

REAZIONE ALL'EVENTO PANDEMICO DI CARATTERE:

- | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANSIOSO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> DISTURBO PSICOSOMATICO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> DEPRESSIVO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> DISTURBO DEL PENSIERO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |

SPECIFICARE: _____

ALTRO: _____

NOTE (specificare se rischio suicidio): _____

VALUTAZIONE DELLE RISORSE:

CAPACITÀ DI UTILIZZO DI STRATEGIE DI COPING:

- MOLTO BUONA BUONA DISCRETA CATTIVA MOLTO CATTIVA

STRATEGIA PREVALENTE ADOTTATA (vedi guida):

- RIVOLTA AL COMPITO RIVOLTA ALL'EMOZIONE RIVOLTA ALL'EVITAMENTO

DI CARATTERE (vedi guida):

- INDIVIDUALE COLLETTIVA DISPONIBILITÀ A RICEVERE AIUTO

INDICAZIONI D'INTERVENTO:

FASE ACUTA: SANITARIO FARMACOLOGICO SANITARIO RICOVERO

SOSTEGNO PSICOLOGICO ALTRO _____

FASE MEDIO TERMINE: MONITORAGGIO E SOSTEGNO PSICOLOGICO

SOSTEGNO PSICOLOGICO/PSICOTERAPEUTICO ALTRO _____

INTERVENTI EFFETTUATI: COLLOQUI TELEFONICI VIDEO-CHIAMATE

DATA:

SINTESI PRIMO COLLOQUIO: _____

NON RICONTATTARE RICONTATTARE

SE DA RICONTATTARE CON QUALE FREQUENZA: _____

DA INVIARE A

