

DATA:		
NOME		COGNOME
E-Mail:		
NEI 14 GIORNI PRECEDENTI		
QUESTIONARIO	RISPOSTE	
Sei stato all'estero?	SI	NO
Sei stato in altre regioni italiane?	SI	NO
Hai avuto contatti (Prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore ad un metro, di durata superiore a 15 minuti) con casi accertati di COVID -19 ?	SI	NO
Hai avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone?	SI	NO
Hai avuto contatti con familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?	SI	NO
Sei stato a contatto con persone sottoposte a quarantena?	SI	NO
Sei stato a contatto con persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?	SI	NO
Hai avuto contatti con persone con:		
- Febbre	SI	NO
- Tosse	SI	NO
- Dolori muscolari	SI	NO
- Difficoltà respiratorie	SI	NO
Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti sui contatti PRECISA:		
Sei un familiare convivente?	SI	NO
Sei un collega di lavoro?	SI	NO
Siete stati a contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, ristorante, pub, feste private, ecc.) ?	SI	NO
Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria?	SI	NO
Ospedale? Se Si per quanto tempo _____	SI	NO
Ambulatorio/casa della salute? Se Si per quanto tempo _____	SI	NO
Studio del MMG/PLS? Se Si per quanto tempo _____	SI	NO
Altro? Se Si per quanto tempo _____	SI	NO
Sei stato ricoverato per COVID-19?	SI	NO
Hai altri problemi di salute?	SI	NO
Prendi farmaci?	SI	NO
Al momento hai i seguenti sintomi?		
- Febbre	SI	NO
- Tosse	SI	NO
- Raffreddore	SI	NO
- Dolori muscolari	SI	NO
- Difficoltà respiratorie	SI	NO
- Vomito	SI	NO
- Diarrea	SI	NO
- Congiuntivite	SI	NO
Hai fatto il vaccino per l'influenza?	SI	NO
Hai fatto il vaccino per la polmonite?	SI	NO
N.B. Registrare la temperatura solo se superiore a 37,5°		
Temperatura rilevata all'ingresso :		

Numero di cellulare:

Firma Paziente _____