

~ ° (°		
NOME		COGNOME
i ! Š¥		
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 _____