

DATA:		
NOME		COGNOME
N° DI TELEFONO		
NEI 14 GIORNI PRECEDENTI		
QUESTIONARIO	RISPOSTE	
Sei stato all'estero?	SI	NO
Sei stato in altre regioni italiane?	SI	NO
Hai avuto contatti (dove per contatto si intende 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 :		

Firma Paziente_____