

DATA:		
NOME E COGNOME:		
N° DI TELEFONO		
NEI 14 GIORNI PRECEDENTI		
QUESTIONARIO	RISPOSTE	
Sei stato ricoverato per COVID-19?	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
Sei stato a contatto con persone sottoposte a quarantena?	SI	NO
Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria?	SI	NO
1) Ospedale? Se Si per quanto tempo _____	SI	NO
2) Ambulatorio/casa della salute? Se Si per quanto tempo _____	SI	NO
3) Studio del MMG/PLS? Se Si per quanto tempo _____	SI	NO
4) Altro? Se Si per quanto tempo _____	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
- Perdita di olfatto e gusto	SI	NO
Hai fatto il vaccino per l'influenza?	SI	NO
Hai fatto il vaccino per la polmonite?	SI	NO
Hai fatto il vaccino anti COVID-19?	SI	NO
Misurare la temperatura all'ingresso e avvisare il personale <u>solo</u> se superiore a 37,5° C		
.....		

Firma Paziente _____