

Dati paziente (si prega di scrivere in stampatello)

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Se minore: si prega di scrivere in stampatello i dati di chi ne fa le veci

Cognome Nome

Familiarità

Questionario

1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19? si no
2. Che lei sappia, è stato affetto da COVID-19? si no
3. Negli ultimi 14 giorni ha qualcuno di questi sintomi?
4. Febbre si no
5. Tosse si no
6. Difficoltà respiratoria si no
7. Congiuntivite si no
8. Diarrea si no
9. Raffreddore si no
10. Mal di gola si no
11. Alterazione del gusto si no
12. Alterazione dell'olfatto si no
13. Spossatezza si no
14. Cefalea si no
15. Eruzioni cutanee (bambini, adolescenti) si no
16. Dolori muscolari diffusi si no
17. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? si no
18. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da NCoViD19? si no
19. Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio? si no
20. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone provenienti dalle aree a rischio? si no

Data Firma leggibile