

QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI

(da compilare prima di entrare nel Centro Medico)

NOME E COGNOME _____

RESIDENZA _____

TEL. _____ MAIL _____

DATA DI NASCITA _____

- Attualmente è affetto da Covid o ha avuto COVID 19? SI NO
- Se la risposta è SI ed è guarito, ha tampone molecolare negativo? SI NO
- E' in isolamento domiciliare per contatto stretto con persone positive? SI NO
- Negli ultimi 14 giorni ha avuto familiari o contatti con persone affette da COVID-19?
(anche se non è stato posto in isolamento domiciliare) SI NO
- Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in isolamento domiciliare?
(anche se non è stato posto in isolamento domiciliare) SI NO
- Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio? SI NO
- E' stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto
con persone affette da COVID 19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) SI NO
- Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

Febbre/febbre >37°	SI	NO
Tosse e/o difficoltà respiratorie	SI	NO
Malessere, astenia	SI	NO
Produzione di espettorato	SI	NO
Dispnea	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Mal di testa	SI	NO
Mialgia o artralgia	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Sangue da naso/bocca	SI	NO
Vomito e/o diarrea	SI	NO
Inappetenza/anoressia	SI	NO
Confusione/vertigini	SI	NO
Perdita/alterazione dell'olfatto	SI	NO
Perdita/alterazione del gusto	SI	NO
Perdita di peso	SI	NO

DATA _____

_____ Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ in _____

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti.

DATA _____

(Firma leggibile) _____