

Gentili pazienti,

Stiamo tutti cercando di arginare la diffusione del Coronavirus. Per raggiungere questo obiettivo, vi chiediamo di compilare il questionario in modo veritiero. Vi ringraziamo per il vostro prezioso sostegno. Se qualcosa è cambiato nel vostro stato di salute (dopo aver compilato il modulo), vi preghiamo di informarci immediatamente.

Cognome: **Nome:**

Data di nascita:

Appuntamento per: una consultazione una chirurgia visitatore/visitatrice

Domande sui sintomi della malattia:

	sì	no	se sì:	osservazioni:
Ha avuto nelle ultime 48 ore (2 giorni) uno dei seguenti sintomi?				
• Tosse (per lo più secca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alla data	
• Sintomi respiratori / mancanza di respiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alla data	
• Febbre, sensazione febbrile, dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alla data	
• Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alla data	
• Perdita dell'olfatto o del senso del gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alla data	

Domande su Covid-19:

	sì	no	se sì:	risultato del test		osservazioni:
• Siete o siete stati in quarantena o in (auto) isolamento negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alla data			
• Ha fatto un test COVID-19 negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alla data	<input type="checkbox"/> positivo (prova di COVID-19)	<input type="checkbox"/> negativo (nessuna prova di COVID-19)	
• Ha avuto un contatto stretto con una persona confermata o sospettata di COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alla data			

Un contatto stretto si considera: Contatto a <2m e per >15 minuti, contatto intimo, vivere nella stessa casa, Assistenza infermieristica o contatto diretto con secrezioni respiratorie o fluidi corporei senza alcuna misura di protezione personale

Luogo / data: Firma:
(paziente o parente)