

Questionario COVID-19

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 un intervento chirurgico

Lei ha un certificato COVID?

Sì valido fino a?

→ La preghiamo di **mostrare il certificato** e di rispondere **solo** alle domande del **punto 1.**

(Certificato controllato da/ firma collaboratore/-trice _____)

No → La preghiamo di compilare tutte le **domande al punto 1. e 2.**

1. Domande sui sintomi della malattia

Ha avuto nelle ultime 48 ore (2 giorni) uno dei seguenti sintomi?

	sì	no	se sì:	osservazioni:
• 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	

2. Domande su COVID-19:

	sì	no	se sì:	esito del test	
• 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	osservazioni:	
• Lei è vaccinato contro il Coronavirus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1. vaccino al	2. vaccino al

Luogo / data:

Firma:
(paziente o parente)

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

[Dieser Teil wird von der Klinik ausgefüllt.]

Entscheid durch behandelndes Personal:

*Wenn Fragen zu den Krankheitssymptomen mit Ja beantwortet
→ abklären, ob Behandlung unbedingt erforderlich ist*

- Behandlung durchführen: Ja (welche Massnahmen sind notwendig?) Nein
- keine speziellen Massnahmen notwendig
 - Covid-19 Schutzmassnahmen
 - Behandlung verschieben
 - andere Massnahmen:

Ort / Datum:

Unterschrift:
(behandelndes Personal)

[Fragebogen wird eingescannt und in Patientenakte abgelegt.]