



Data di accesso in Ospedale: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome ..... cognome .....

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ luogo di nascita .....

Recapito telefonico .....

<p>1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Se sì, Dove (specificare la/le città o lo stato estero/gli stati esteri)? _____ Data inizio permanenza: ___/___/___ Data di rientro: ___/___/___ <input type="checkbox"/> NON RICORDO</p>
<p>2. Hai avuto contatti* con casi accertati di COVID-19? *(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 SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>3. Hai avuto contatti* con:</p> <p>i. persone che hanno fatto il tampone?</p> <p>ii. familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?</p> <p>iii. persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena?</p> <p>iv. persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?</p> <p>*(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, SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>4. Hai avuto contatti con persone che avevano sintomi simil-influenzali? (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratorie, congiuntivite, raffreddore)</p> <p>*(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, SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>

Continua



Segue

5. Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti 2, 3, 4, si trattava di: i. un tuo familiare convivente?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
ii. un collega di lavoro?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
iii. persona con cui hai avuto contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
6. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
7. Hai fatto il tampone per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
8. Se sì, sei risultato positivo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
9. Sei stato ricoverato e dimesso per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
10. Se sì, sei guarito?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
11. Al momento hai i seguenti sintomi?	
i. febbre	i. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
ii. tosse	ii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
iii. stanchezza	iii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
iv. dolori muscolari	iv. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
v. difficoltà a respirare	v. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
vi. espettorazione	vi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
vii. mal di gola	vii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
viii. mal di testa	viii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
ix. congiuntivite	ix. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
x. vomito	x. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
xi. diarrea	xi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ