

## QUESTIONARIO INFORMATIVO COVID

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data Nascita \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

### RIFERISCE

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| FEBBRE SUPERIORE A 37,4°C                 | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| TOSSE                                     | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| RECENTE DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA (DISPNEA) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| RINITE   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| FARINGODINIA (es. MAL DI GOLA)                     | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| MIALGIE/ASTENIA (es. DOLORE MUSCOLARE/SPOSSATEZZA) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| NAUSEA/VOMITO/DIARREA                              | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| DISOSMIA (es. ALTERAZIONE OLFATTO)                 | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| DISGEUSIA (es. ALTERAZIONE GUSTO)                  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

### E

**(barrare le caselle le cui condizioni ricorrano negli ultimi 14 giorni)**

- È un Operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza diretta di un caso sospetto o confermato di COVID-19, oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei dispositivi di protezione individuale (DPI) raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.
- È stato a stretto contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); è stato a contatto diretto (faccia a faccia) con un caso sospetto o confermato di COVID-19 a distanza minore di 1,5 metri e di durata maggiore di 15 minuti.
- Ha avuto contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio stretta di mano)
- È stato in ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1,5 metri.
- Vive nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19.
- Ha frequentato o ha lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da COVID-19

Data..... Ora.....

Firma del Cliente .....

Firma Operatore .....

