

COGNOME..... NOME.....

DATA DI NASCITA.....LUOGO DI NASCITA.....

MEDICO DI BASE.....TELEFONO.....

1. Hai la febbre o hai avuto la febbre negli ultimi 14 giorni?
SI NO
2. Hai avuto insorgenza recente di problemi respiratori, come tosse o difficoltà respiratoria, anosmia e/o ageusia negli ultimi 14 giorni?
SI NO
3. Sei entrato in contatto con pazienti con infezione confermata COVID-19 negli ultimi 14 giorni?
SI NO
4. Vi sono almeno due persone con esperienza documentata di febbre o problemi respiratori negli ultimi 14 giorni in stretto contatto con voi?
SI NO
5. Hai partecipato di recente a riunioni, incontri o hai avuto stretti contatti con molte persone che non conosci bene?
SI NO
6. Svolge l'attività di Operatore sanitario o altra persona impegnata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID 19, o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di COVID-19?
SI NO
7. E' stato a stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID-19 o vive nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19?
SI NO
8. Ha frequentato o ha lavorato in una struttura sanitaria nella quale sono stati ricoverati pazienti con infezione da COVID-19?
SI NO
9. Ha effettuato viaggi o ha soggiornato negli ultimi 15 giorni?
SI NO Se SI dove.....

Acconsento alla utilizzazione dei dati forniti e di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali

Data

Firma.....