

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST RAPIDO COVID 19

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_) Tel. \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI GENERALI

In questo periodo sta lavorando?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Lavora da casa?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Si reca sul posto di lavoro?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
È stato in contatto con persone risultate positive al Covid-19?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
In caso positivo ha osservato la quarantena (sono passati almeno quindici giorni dall'ultimo contatto)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha già effettuato il tampone rinofaringeo per la ricerca del virus responsabile della polmonite Covid-19?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
In caso affermativo, e risultato positivo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>

### SINTOMATOLOGIA

Ha sintomi influenzali?	<b>SI</b>	<b>NO</b>			
In caso positivo:					
Febbre $\geq$ 37,5	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Senso di stanchezza	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Tosse	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Difficoltà respiratorie di qualche tipo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Raffreddore	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Congiuntivite?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Dolori muscolari	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Diarrea? (ultimi 15 giorni)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Alterazione gusto e/o olfatto	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Altro da segnalare	<b>SI</b>	<b>NO</b>