

1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19
2. E' stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente, o con 2 tamponi negativi?
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti sintomatici, o COVID19 positivi nelle ultime tre settimane?
4. Ha o ha avuto qualcuno di questi sintomi:
 - Febbre
 - Tosse
 - Difficoltà respiratoria
 - Congiuntivite
 - Diarrea
 - Raffreddore
 - Mal di gola
 - Alterazione del gusto
 - Alterazione dell'olfatto
 - Spossatezza
 - Cefalea
 - Eruzioni cutanee
 - Dolori muscolari diffusi
5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta, che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane?
6. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale?

Temperatura rilevata all'accesso _____°C

Data _____ Firma (paziente) _____

1. Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19
2. E' stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente, o con 2 tamponi negativi?
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti sintomatici, o COVID19 positivi nelle ultime tre settimane?
4. Ha o ha avuto qualcuno di questi sintomi:
 - Febbre
 - Tosse
 - Difficoltà respiratoria
 - Congiuntivite
 - Diarrea
 - Raffreddore
 - Mal di gola
 - Alterazione del gusto
 - Alterazione dell'olfatto
 - Spossatezza
 - Cefalea
 - Eruzioni cutanee
 - Dolori muscolari diffusi
5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta, che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane?
6. Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale?