

QUESTIONARIO COVID

Sezione 1 – Dati dell’INTERVISTATORE	
Cognome	
Nome	
Data dell’intervista	
Luogo	
Sezione 2 – Dati del soggetto esaminato	
Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Sesso	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Comune di residenza	
Indirizzo di residenza	
ASP di residenza	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	
Sezione 3 – Tipo di esame	
Test sierologico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone antigenico rapido	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato attuale	
Alterazioni dell’olfatto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Rinorrea (naso colante)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dispnea (difficoltà respiratorie)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cefalea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Data _____

Firma _____