

QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI

(da compilare prima della seduta)

NOME e COGNOME _____

-Ha avuto COVID-19? SI NO

Se ha risposto **SI** sopra ed è guarito, (tampone negativo?) SI NO

-E' in quarantena? SI NO

-Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO

-Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO

-Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio? SI NO

-Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone SI NO

provenienti da aree a rischio? SI NO

-Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

- | | | |
|---|----|----|
| <input type="radio"/> Febbre/febbriola | SI | NO |
| <input type="radio"/> Tosse e/o difficoltà respiratorie | SI | NO |
| <input type="radio"/> Malessere, astenia | SI | NO |
| <input type="radio"/> Cefalea | SI | NO |
| <input type="radio"/> Congiuntiviti | SI | NO |
| <input type="radio"/> Sangue da naso/bocca | SI | NO |
| <input type="radio"/> Vomito e/o diarrea | SI | NO |
| <input type="radio"/> Inappetenza/anoressia | SI | NO |
| <input type="radio"/> Confusione/vertigini | SI | NO |
| <input type="radio"/> Perdita/alterazione dell'olfatto | SI | NO |
| <input type="radio"/> Perdita di peso | SI | NO |
| <input type="radio"/> Disturbi dell'olfatto e o del gusto | SI | NO |

DATA _____

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore
