

QUESTIONARIO COVID-19

Modello Coordinamento degli Enti - Giunta Regionale - Regione Marche

Cognome _____

Nome _____

nato a _____ il _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19?
se la risposta è sì, è guarito (tampone negativo)?

SI NO
 SI NO

È 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 avuto/ha attualmente uno di questi sintomi?

- Febbre/febbre
 - Tosse e/o difficoltà respiratorie
 - Malessere, astenia
 - Cefalea
 - Congiuntivite
 - Sangue da naso/bocca
 - Vomito e/o diarrea
 - Inappetenza/anoressia
 - Confusione/vertigini
 - Perdita/alterazione dell'olfatto
 - Perdita di peso
 - Disturbi dell'olfatto e/o del gusto
- SI NO
 SI NO

Servizio a cui si accede:

<input type="checkbox"/> Consultorio familiare	<input type="checkbox"/> Sanità Animale	<input type="checkbox"/> SISP
<input type="checkbox"/> Medicina Legale	<input type="checkbox"/> Screening	<input type="checkbox"/> UMEA
<input type="checkbox"/> PSAL	<input type="checkbox"/> SIAN	<input type="checkbox"/> UMEE
<input type="checkbox"/> Promozione Della Salute	<input type="checkbox"/> SIAOA	

Data _____ Ora _____

Firma del paziente/utente

Riservato al personale: temp. corporea rilevata all'ingresso: _____ °C