

PAZIENTE*

NOME E COGNOME _____ **N.TEL** _____

CITTA' _____ **DOMICILIO/RESIDENZA** _____

ACCOMPAGNATORE*

NOME E COGNOME _____ **N.TEL** _____

CITTA' _____ **DOMICILIO/RESIDENZA** _____

	PAZIENTE		ACCOMPAGNATORE	
HA AVUTO IL COVID-19?	SI	NO	SI	NO
SE LA RISPOSTA E' (SI) ED E' GUARITO, (TAMPONE NEGATIVO?)	SI	NO	SI	NO
E' IN QUARANTENA?	SI	NO	SI	NO
PER QUANTO TEMPO E' STATO IN QUARANTENA? _____				
NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO CONTATTI CON PERSONE AFFETTE COVID-19?	SI	NO	SI	NO
NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO CONTATTI CON PERSONE IN QUARANTENA?	SI	NO	SI	NO
NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA EFFETTUATO VIAGGI IN AREA A RISCHIO?	SI	NO	SI	NO
NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO CONTATTI CON PERSONE PROVENIENTI DA AREE A RISCHIO?	SI	NO	SI	NO
NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO / HA UNO DI QUESTI SINTOMI:				
FEBBRE / FEBBRICOLA	SI	NO	SI	NO
TOSSE O DIFFICOLTA' RESPIRATORIE	SI	NO	SI	NO
MALESSERE, ASTENIA	SI	NO	SI	NO
CEFALEA	SI	NO	SI	NO
CONGIUNTIVITE	SI	NO	SI	NO
SANGUE DA NASO / BOCCA	SI	NO	SI	NO
VOMITO / DIARREA	SI	NO	SI	NO
INAPPETENZA / ANORESSIA	SI	NO	SI	NO
CONFUSIONI / VERTIGINI	SI	NO	SI	NO
PERDITA / ALTERAZIONI DELL'OLFATTO	SI	NO	SI	NO
DISTURBI DELL'OLFATTO / GUSTO	SI	NO	SI	NO
PERDITA DI PESO	SI	NO	SI	NO

DATA ____ / ____ / ____

FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA ACCOMPAGNATORE