

QUESTIONARIO COVID-19

Modello Coordinamento degli Enti - Giunta Regionale - Regione Marche

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19? ☐ SI ☐ NO
se la risposta è sì, è guarito (tampone negativo)? ☐ 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/febbicola | ☐ SI | ☐ NO |
| • Tosse e/o difficoltà respiratorie | ☐ SI | ☐ NO |
| • Malessere, astenia | ☐ SI | ☐ NO |
| • Cefalea | ☐ SI | ☐ NO |
| • Congiuntivite | ☐ SI | ☐ NO |
| • Sangue da naso/bocca | ☐ SI | ☐ NO |
| • Vomito e/o diarrea | ☐ SI | ☐ NO |
| • Inappetenza/anoressia | ☐ SI | ☐ NO |
| • Confusione/vertigini | ☐ SI | ☐ NO |
| • Perdita/alterazione dell'olfatto | ☐ SI | ☐ NO |
| • Perdita di peso | ☐ SI | ☐ NO |
| • Disturbi dell'olfatto e/o del gusto | ☐ SI | ☐ NO |

Servizio a cui si accede:

☐ Consultorio familiare	☐ Sanità Animale	☐ SISP
☐ Medicina Legale	☐ Screening	☐ UMEA
☐ PSAL	☐ SIAN	☐ UMEE
☐ Promozione Della Salute	☐ SIAOA	

Data _____ Ora _____

Firma del paziente/utente

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