

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/febbricola 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:

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| <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