

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/febbre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Tosse e/o difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Malessere, astenia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Cefalea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Sangue da naso/bocca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Vomito e/o diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Inappetenza/anoressia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Confusione/vertigini	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Perdita/alterazione dell'olfatto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Perdita di peso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Disturbi dell'olfatto e/o del gusto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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