

ANAMNESI COVID-19

Nome, Cognome : _____ data di nascita: _____

Via: _____

CAP: _____ Località: _____

Tel: _____ casa: _____ lavoro: _____

Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni **SINTOMI** di una malattia COVID-19 ?

SINTOMI MAGGIORI

- Febbre > 37,5°C si quando..... no
- Tosse si quando..... no
- Dispnea si quando..... no

SINTOMI MINORI

- Stanchezza si quando..... no
- Mal di gola si quando..... no
- Mal di testa si quando..... no
- Dolori muscolari si quando..... no
- Congestione nasale si quando..... no

Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni **ESPOSIZIONE** a casi **accertati** di persone **COVID-19-positive** (vivi o deceduti) ?

si quando..... no

Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni **ESPOSIZIONE** a casi **sospetti** di persone **COVID-19-dubbi** ?

si quando..... no

Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni **CONTATTI** con **familiari** di casi **COVID-19 sospetti** o con **familiari** di casi **COVID-19 positivi** ?

si quando..... no

Ha avuto accesso negli ultimi 14 giorni a **STRUTTURE SANITARIE** (p.es. ambulatori, ospedali, case di riposo ecc.) oppure presta lavoro, dove vengono curate persone COVID-19 positive oppure persone COVID-19 sospette?

si quando..... no

Lavora o lavorava negli ultimi 14 giorni come **OPERATORE SANITARIO** o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19, o come personale di **LABORATORIO** addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2?

si quando..... no

Storia di viaggi o residenza negli ultimi 14 giorni all' **ESTERO** o in **AREE DI RISCHIO** di comprovata diffusione di COVID-19 ?

si dove..... no

Ha eseguito **TAMPONI** naso-faringei per la rilevazione di SARS-CoV-2 e/o test sierologici per la rilevazione di **ANTICORPI**, con quale esito?

si no Tampone pos neg pos neg pos neg
data..... data..... data.....
si no Anticorpi pos neg data..... data..... data.....

Data: _____

Firma: _____

(per i minorenni firma del genitore)