

## SCRIVERE IN STAMPATELL IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ tel .2 \_\_\_\_\_

Alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ Distretto Sanitario \_\_\_\_\_

➤ Si forniscono le informazioni in qualità di (indicare il nominativo se diverso dal paziente):

GENITORE     CONIUGE     TUTORE     ALTRO

➤ Domicilio se differente dalla residenza:

in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

## DICHIARA

1. Di avere o non avere avuto i seguenti sintomi negli ultimi 15 giorni:

Rialzo temperatura oltre 37,5 ° C  SI  NO

Raffreddore/Naso che cola  SI  NO

Mal di testa  SI  NO

Tosse  SI  NO

Diarrea  SI  NO

Mal di gola  SI  NO

Vomito  SI  NO

Difficoltà Respiratorie  SI  NO

Affaticamento  SI  NO

Anosmia (alterazione olfatto)  SI  NO

Disgeusia (alterazione gusto)  SI  NO

Congiuntivite  SI  NO

SINTOMATOLOGIA  ASINTOMATICO  PAUCI-SINTOMATICO  LIEVE  SEVERO  CRITICO  GUARITO

2. Data inizio sintomi \_\_\_\_\_

3. Di aver avuto contatti con persone fisiche, negli ultimi 15 giorni, con sintomatologia febbrile o con tosse o persone fisiche di cui è noto il contagio del Covid\_19  SI  NO

ed è stato mantenuto un livello di isolamento per n. \_\_\_\_\_ giorni

4. Che i propri conviventi hanno avuto contatti con persone fisiche di cui è noto il contagio del Covid\_19  SI  NO

ed è stato mantenuto un livello di isolamento per l'interessato ed i convinenti per n. \_\_\_\_\_ giorni

5. Soggetto in gravidanza  SI  NO 6. Data presumibile del parto \_\_\_\_\_

➤ TIPOLOGIA TAMPONE:

PRIMO TAMPONE DIAGNOSI  ULTERIORE TAMPONE DIAGNOSI

PRIMO TAMPONE CONTROLLO  SECONDO TAMPONE CONTROLLO  TERZO TAMPONE CONTROLLO

ULTRIORE TAMPONE CONTROLLO

AMBULATORIALE  DOMICILIARE  SOCIETA'  RICOVERO U.O. CHIR ORT GIN CARDIO

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ FIRMA PAZIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_