

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 _____