

SCRIVERE IN STAMPATELLO 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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Vomito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Raffreddore/Naso che cola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Difficoltà Respiratorie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di testa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Affaticamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Anosmia (alterazione olfatto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Disgeusia (alterazione gusto)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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 conviventi 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 _____