

**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  SI  NOVomito  SI  NORaffreddore/Naso che cola  SI  NODifficoltà Respiratorie  SI  NOMal di testa  SI  NOAffaticamento  SI  NOTosse  SI  NOAnosmia (alterazione olfatto)  SI  NODiarrea  SI  NODisgeusia (alterazione gusto)  SI  NOMal di gola  SI  NOCongiuntivite  SI  NOSINTOMATOLOGIA  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 \_\_\_\_\_