

QUESTIONARIO COVID-19

Modello Coordinamento degli Enti – Giunta Regionale – Regione Marche

COGNOME _____

NOME _____

Nato a _____

il _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO

Se la risposta è SI, è guarito (tampone negativo) ? SI NO

E' in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ ha attualmente uno di questi sintomi ?

- FEBBRE / FEBBRICOLA SI NO
- TOSSE E/O DIFFICOLTA' RESPIRATORIE SI NO
- MALESSERE, ASTENIA SI NO
- CEFALEA SI NO
- CONGIUNTIVITE SI NO
- SANGUE DAL NASO / BOCCA SI NO
- VOMITO E/O DIARREA SI NO
- INAPPETENZA / ANORESSIA SI NO
- CONFUSIONE / VERTIGINI SI NO
- PERDITA / ALTERAZIONE DELL'OLFATTO SI NO
- PERDITA DI PESO SI NO
- DISTURBI DELL'OLFATTO E/O DEL GUSTO SI NO

SERVIZIO/UFFICIO A CUI SI ACCEDE :

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consultorio familiare | <input type="checkbox"/> Sanità animale | <input type="checkbox"/> SISP |
| <input type="checkbox"/> Medicina legale | <input type="checkbox"/> Screening | <input type="checkbox"/> UMEA |
| <input type="checkbox"/> PSAL | <input type="checkbox"/> SIAN | <input type="checkbox"/> UMEE |
| <input type="checkbox"/> Promozione della salute | <input type="checkbox"/> SIAOA | |

Data _____ Ora _____

FIRMA DEL PAZIENTE/UTENTE

Riservato al personale: temperatura corporea rilevata all'ingresso : _____ °C