

## QUESTIONARIO triange in studio

Gentile paziente, in ottemperanza alle normative per il contenimento dell'infezione da Coronavirus, le chiediamo di rispondere ad alcune domande:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

1. Al momento è affetto o sospetta di essere affetto da COVID-19?	SI	NO
2. E' stato, che lei sappia, affetto da COVID-19?	SI	NO
2 bis. Se SI, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone?	SI	NO
3. Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID-19 positivi nelle ultime tre settimane?	SI	NO
4. Ha o ha avuto presente qualcuno di questi sintomi:		
- Febbre	SI	NO
- Tosse	SI	NO
- Difficoltà respiratoria	SI	NO
- Congiuntivite	SI	NO
- Diarrea	SI	NO
- Raffreddore	SI	NO
- Mal di gola	SI	NO
- Alterazione del gusto	SI	NO
- Alterazione dell'olfatto	SI	NO
- Sposatezza	SI	NO
- Cefalea	SI	NO
- Eruzione cutanee (bambini, adolescenti)	SI	NO
- Dolori muscolari diffusi	SI	NO
5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta, che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane?	SI	NO
6. Ha avuti contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale?	SI	NO
7. Risultato misurazione temperatura corporea prima di recarsi all'appuntamento in studio		
8. Risultato misurazione temperatura corporea all'ingresso dello studio		

Data \_\_\_\_\_

Firma paziente \_\_\_\_\_