

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____ . ____ . ____ Luogo di nascita _____

Ha avuto una diagnosi COVID? SI NO

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

È 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 uno dei seguenti sintomi?

- Febbre / febbrecola? SI NO
- Tosse e/o difficoltà respiratoria? SI NO
- Malessere / Astenia ? SI NO
- Cefalea ? SI NO
- Congiuntivite ? SI NO
- Sangue da 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 o del gusto ? SI NO

T° corporea rilevata all'ingresso _____

Data _____

Firma del Paziente / accompagnatore / genitore se minore

Questionario conforme a Delibera 523 del 05/05/2020 Regione Marche

"La informativa privacy ex art. 13 GDPR è affissa e visibile nei locali della Casa di Cura e nell'area accettazione del piano terra ed è pubblicata sul sito istituzionale www.clinicavillaanna.com"