

**SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE ATTUALE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2
DA CONSEGNARE AL MEDICO COMPETENTE COORDINATORE ALL'ARRIVO**

NOME

COGNOME

TELEFONO CELL.

ALTRO TEL.

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi? (SE PRESENTI OCCORRE RIMANERE OBBLIGATORIAMENTE PRESSO LA PROPRIA ABITAZIONE E AVVISARE IMMEDIATAMENTE IL MEDICO DI BASE)

SINTOMI MAGGIORI

- Febbre >37,5° SI NO
- Tosse SI NO

SINTOMI MINORI

- Astenia SI NO
- Mal di gola SI NO
- Mal di testa SI NO
- Congestione nasale SI NO
- Nausea SI NO
- Vomito SI NO
- Perdita di olfatto e gusto SI NO
- Congiuntivite SI NO
- Diarrea SI NO

LINK EPIDEMIOLOGICO

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI COVID 19 (tamponi positivi)

SI NO

HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI?

SI NO Se sì dove IN PROVINCIA IN REGIONE IN ITALIA ESTERO

data _____

FIRMA LEGGIBILE _____