

QUESTIONARIO

Sezione 1- Dati dell'intervistatore	
Cognome	
Nome	
Struttura di appartenenza	
Data dell'intervista	
Sezione 2 – Dati del soggetto esaminato	
Cognome	
Nome	
Codice fiscale	
Sesso	
Data di nascita	
Comune di residenza	
Struttura di appartenenza	
Asp di residenza	
Telefono cellulare	
Indirizzo mail	
Categoria del soggetto sottoposto a test sierologico come indicato nella circolare n. 8722 del 07/08/2020 Ministero della Salute	
Sezione 3 – Tipologia di test effettuato	
Test sierologico di tipo:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI DATA _____
Tampone rino/farinoso	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI DATA _____
<i>Se si risponde si indicare se è il primo tampone effettuato o se ripetuto indicare le varie date :</i>	Data 1° effettuazione _____ Data 2° effettuazione _____ Data 3° effettuazione _____
Sezione 4 – anamnesi del paziente	
Negli ultimi 14 giorni ha mai avuto qualcuno dei seguenti sintomi?	
Alterazione dell'olfatto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alterazione del gusto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Febbre $\geq 37,5$ °C	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Stanchezza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tosse secca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Congestione nasale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rinorrea(naso colante)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dispnea (difficoltà respiratoria)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cefalea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dolori addominali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha effettuato il vaccino antinfluenzale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha fatto rientro in Sicilia negli ultimi 14 giorni%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si da quale territorio? _____
Ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con casi accertati o sospetti di COVID 19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Data _____

Firma dell'intervistato _____