



Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
 Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 Numero conviventi \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Nome e cognome del medico di famiglia \_\_\_\_\_  
 Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA**

1. ha avuto contatti con soggetti con sospetta o con accertata infezione da COVID-19 (vivi o deceduti)?  SI  NO  
 Se SI specificare quando (Data): \_\_\_\_\_ e con chi: \_\_\_\_\_
2. qualcuno della sua famiglia (conviventi) ha avuto o ha sintomi compatibili con COVID-19?  SI  NO  
 (elenco valutazione clinica)  
 Se SI specificare quando (Data): \_\_\_\_\_
3. Lavora come operatore sanitario in strutture dove ci sono stati casi accertati o sospetti di COVID-19?  SI  NO
4. negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi fuori dal suo comune di dimora abituale?  SI  NO  
 Se SI specificare dove e perché: \_\_\_\_\_
5. ha avuto contatti con familiari di casi accertati o sospetti?  SI  NO  
 Se SI specificare quando (Data): \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE CLINICA**

- ha avuto:
- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - Febbre .....   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Tosse e/o raffreddore, difficoltà respiratoria mal di gola ..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Malessere generale e/o dolori muscolari, inappetenza .....       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Vomito e/o diarrea .....   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Cefalea e/o palpitazioni .....                                   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Perdita dell'olfatto e/o del gusto .....                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Altri sintomi .....  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
- Se SI, specificare .....

**Esito test per determinazione qualitativa degli anticorpi IgM e IgG Anti-COVID-19**

Alligare, se eseguito, test per determinazione qualitativa degli anticorpi IgM e IgG Anti-COVID-19 e/o tampone per COVID-19.  
 Data del test: \_\_\_\_\_



### ALTRE VALUTAZIONI

Si prega di riportare sotto se sono preesistenti una o più delle condizioni cliniche elencate:

- Malattie renali .....	SI	NO
- Diabete .....	SI	NO
- Ipertensione .....	SI	NO
- Malattie del fegato .....	SI	NO
- Problemi cardiaci .....	SI	NO
- Condizioni o malattie che causano compromissione immunitaria (es. AIDS) .....	SI	NO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

All'accesso in clinica in data \_\_\_\_\_ il/la paziente

conferma

nonconferma

la valutazione clinica sopra riportata.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Per presa visione del medico responsabile

Luogo e data \_\_\_\_\_

timbro e Firma \_\_\_\_\_