

## Questionario sulla salute 2020

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Scheda sanitaria per la valutazione del rischio di infezione / Corona

Ha avuto la febbre (sopra i 38°C) negli ultimi 7 giorni?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
Ha avuto brividi?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
Ha perdita di senso dell'olfatto o del gusto?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
Ha la tosse persistente?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
Ha mal di gola?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
Ha il raffreddore (nessuna allergia)?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
Ha la diarrea?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
La sua salute è cambiata negli ultimi 14 giorni?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
Una persona della famiglia o una persona a lei vicino soffre dei sintomi sopra descritti?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
Negli ultimi 14 giorni, e' stato consapevolmente in contatto con una persona che ha sviluppato il nuovo Corona virus (COVID-19)?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
Negli ultimi 14 giorni e' stato consapevolmente in contatto con una persona sospettata di avere il Corona Virus (COVID-19) ?	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
Ha già avuto un risultato Corona/SARS-CoV-2 positivo? In tal caso, quando? _____	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no

 \_\_\_\_\_  
 Paziente

 \_\_\_\_\_  
 Dipendente HZ