

**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 (tampone positivo) SI NO

HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI? SI NO

Se sì dove IN PROVINCIA IN REGIONE IN ITALIA ESTERO

Autorizzo espressamente il Medico Competente a comunicare con urgenza i miei recapiti alle strutture sanitarie interessate per l'eventuale esecuzione di test urgenti relativi ALLA CONFERMA DI INFEZIONE DA SARS-COV-2

FIRMA LEGGIBILE