

COGNOME E NOME			
LUOGO E DATA DI NASCITA			
SESSO	M	F	
INDIRIZZO MAIL			
RESIDENZA			
MEDICO DI BASE			
PROFESSIONE/INCARICO/MANSIONE			

1	HA IL SOSPETTO DI AVER CONTRATTO UN'INFEZIONE RESPIRATORIA ACUTA, OSSIA MANIFESTA SINTOMI COME FEBBRE, TOSSE, DIFFICOLTA' RESPIRATORIE?		
	SI (QUANDO):	NO	

2	HA UNA STORIA DI VIAGGI O RESIDENZA IN AREE A RISCHIO TRA CUI CINA, PAESI ORIENTALI O EUROPEI, O COMUNQUE E' TORNATO IN ITALIA NEGLI ULTIMI 14 GIORNI, DOPO AVER SOGGIORNATO IN ZONE A RISCHIO EPIDEMIOLOGICO, COME IDENTIFICATE DALL'OMS?		
	SI (QUANDO):	NO	

3	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA SOGGIORNATO IN REGIONI D'ITALIA CON FOCOLAI?		
	SI (QUANDO):	NO	

4	HA AVUTO CONTATTO A RISCHIO CON UN CASO SOSPETTO O CONFERMATO DI INFEZIONE DA CORONAVIRUS NEGLI ULTIMI 14 GIORNI?		
	SI (QUANDO):	NO	

5	HA ESERCITATO ATTIVITA' IN QUALITA' DI OPERATORE SANITARIO NEI 14 GIORNI PRECEDENTI IN STRUTTURE CHE PRESTANO SERVIZI DI CURA E DI ASSISTENZA A PAZIENTI CON INFEZIONI RESPIRATORIE ANCHE ACUTE GRAVI E AD EZIOLOGIA NON NOTA?		
	SI (QUANDO):	NO	

6	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA LAVORATO O FREQUENTATO UNA STRUTTRA SANITARIA DOVE SONO STATI RICOVERATI PAZIENTI CON INFEZIONI DA CORONAVIRUS?		
	SI	NO	

7	NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO SINTOMI FEBRILI, TOSSE, DIFFICOLTA' RESPIRATORIE O ALTRI SINTOMI*?		
	SI (QUANDO):	NO	

8	SE HA RISPOSTO AFFERMATIVAMENTE ALL'ULTIMA DOMANDA INDICHI SE HA AVUTO BISOGNO DI CURE MEDICHE, SE HA DOVUTO SOSPENDERE L'ATTIVITA' LAVORATIVA O SE E' STATO OSPEDALIZZATO		
	SI (QUANDO):	NO	

9	E' AFFETTO DA PATOLOGIE CRONICHE?		
	SI (QUALI):	NO	

*DOLORI ADDOMINALI, DIARREA, NAUSEA, VOMITO, MAL DI TESTA, DOLORE AL PETTO, ALTERAZIONE DEL GUSTO E DELL'OLFATTO, DOLORI MUSCOLARI, SENSO DI STANCHEZZA, BRIVIDI.

LUOGO E DATA

FIRMA
