

PRE-TRIAGE COVID: QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).

La ringraziamo per la collaborazione.

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

negli ultimi 30 giorni ho avuto...?

| | | |
|--|------|------|
| Febbre | Si • | No • |
| Tosse | Si • | No • |
| Mal di gola | Si • | No • |
| Difficoltà di respiro | Si • | No • |
| Congiuntivite | Si • | No • |
| Mancanza del senso del gusto e/o olfatto | Si • | No • |
| Diarrea | Si • | No • |

negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti con?

| | | |
|--|------|------|
| contatti con persone che erano malati COVID 19 | Si • | No • |
| contatti con persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali | Si • | No • |

negli ultimi 21 giorni è stato in uno dei seguenti Paesi?

| | | |
|---|------|------|
| Francia | Si • | No • |
| Spagna | Si • | No • |
| Belgio | Si • | No • |
| Paesi Bassi | Si • | No • |
| Regno Unito di Gran Bretagna | Si • | No • |
| Irlanda del Nord | Si • | No • |
| Repubblica Ceca | Si • | No • |
| Paesi extra Ue (Australia, Canada, Georgia, Giappone, Nuova Zelanda, Romania, Ruanda, Repubblica di Corea, Thailandia, Tunisia, Uruguay, Usa, Brasile, ...) | Si • | No • |

DATA _____ FIRMA _____

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute sua e delle persone che le stanno vicino, Le chiediamo di seguire le istruzioni che Le verranno fornite dal personale.