



## 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 •

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Nel caso ci siano risposte affermativie, 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.