

QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI

(da compilare prima della seduta)

NOME E COGNOME _____

Ha avuto COVID 19? _____ SI NO

Se la risposta è SI ed è guarito, (tampone negativo?) _____ SI NO

È in quarantena? _____ SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? _____ SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? _____ SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio? _____ SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone provenienti da aree a rischio? _____ SI NO

Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

Febbre/febbricola _____ SI NO

Tosse e/o difficoltà respiratorie _____ SI NO

Malessere, astenia _____ SI NO

Cefalea _____ SI NO

Congiuntivite _____ SI NO

Sangue da naso/bocca _____ SI NO

Vomito e/o diarrea _____ SI NO

Inappetenza/anoressia _____ SI NO

Confusione/vertigini _____ SI NO

Perdita/alterazione dell'olfatto _____ SI NO

Perdita di peso _____ SI NO

Disturbi dell'olfatto e o del gusto _____ SI NO

DATA _____

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore
