

QUESTIONARIO PER ACCESSO AMBULATORIALE (DGR Marche 523 del 05/05/2020)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____

Tel _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19?

NO	SI
NO	SI

Se la risposta è SI, è guarito? (Tamponi Negativo)

E' sottoposto a misura di quarantena?

NO	SI
----	----

Negli ultimi 14 giorni ha avuto rapporti con persone affette da COVID-19 (caso confermato)?

NO	SI
----	----

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?

NO	SI
----	----

Negli ultimi 14 giorni ha lamentato uno di questi sintomi?		
Febbre/febbiccola	NO	SI
Tosse e/o difficoltà respiratorie	NO	SI
Malessere, astenia	NO	SI
Cefalea	NO	SI
Congiuntivite	NO	SI
Sangue da naso/bocca	NO	SI
Vomito e/o diarrea	NO	SI
Inappetenza/anoressia	NO	SI
Confusione/vertigini	NO	SI
Perdita/alterazione dell'olfatto	NO	SI
Perdita di peso	NO	SI
Disturbi dell'olfatto e del gusto	NO	SI

Data _____ Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore _____

Spazio riservato al personale di struttura

Temperatura corporea rilevata all'ingresso _____ °C Firma del personale addetto _____

"La informativa privacy ex art. 13 GDPR è affissa e visibile nei locali della Casa di Cura e nell'area accettazione del piano terra"