

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
- E' 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/febbre 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
