

QUESTIONARIO PER TEST SIEROLOGICO PER COVID - 19

Il/La sottoscritto/a	
Nato/a	
Il	Residente a
In via/piazza	Cap
Medico curante	

Condizioni mediche rilevanti:

- Sovrappeso
 Ipertensione
 Diabete
 Altro _____

Condizioni mediche COVID:

Ha fatto il tampone per Covid-19?

SÌ NO

In caso di risposta affermativa, l'esito del tampone è:

NEGATIVO POSITIVO

Informazioni generali

In questo periodo sta lavorando?

SÌ NO

Lavora da casa?

SÌ NO

Si reca sul posto di lavoro?

SÌ NO

È stato in contatto con persone risultate positive al Covid-19?

SÌ NO

In caso positivo ha osservato la quarantena (sono passati almeno 15 giorni dall'ultimo contatto)?

SÌ NO

Sintomatologia

Ha sintomi influenzali?

SÌ NO

Febbre \geq 37,5

SÌ NO

Senso di stanchezza

SÌ NO

Tosse

SÌ NO

Difficoltà respiratorie di qualche tipo

SÌ NO

Raffreddore

SÌ NO

Congiuntivite

SÌ NO

Dolori muscolari

SÌ NO

Diarrea (ultimi 15 giorni)

SÌ NO

Alterazione gusto e/o olfatto

SÌ NO

Altro da segnalare _____

Data _____ Firma _____