

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/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
