	QUESTIONARIO CONOSCITIVO COVID-19	M-COVID19
		REV 1 DEL 22/06/2021
		Pag. 1 di 2


QUESTIONARIO CONOSCITIVO COVID-19

Il Sottoscritto _____
 c.f. _____ nato il ____/____/____ a _____
 _____ (____) Telefono _____
 residente a _____ (____) email _____@_____
 in via/p.zza _____ n° _____

Motivo dell'ingresso in Clinica _____

Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore

1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, dove? (specificare la/le città o lo stato estero/gli stati esteri) _____ Data inizio permanenza _____ Data di rientro: _____ <input type="checkbox"/> Non ricordo
2. Hai avuto contatti con casi accertati di COVID-19? (PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI SENZA MASCHERINE)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
3. Hai fatto il tampone per COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì DATA: _____
4. Se sì, sei risultato positivo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
5. Sei stato ricoverato e dimesso per COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
6. Se sì, sei guarito?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
7. Al momento hai i seguenti sintomi?	
a. febbre = 37,5° C	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
b. tosse	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
c. stanchezza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

	QUESTIONARIO CONOSCITIVO COVID-19	M-COVID19
		REV 1 DEL 22/06/2021
		Pag. 2 di 2

d. dolori muscolari e. difficoltà a respirare f. espettorazione g. mal di gola h. mal di testa i. congiuntivite j. vomito k. diarrea	d. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì e. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì f. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì g. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì h. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì i. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì j. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì k. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
---	--

Io sottoscritto come sopra identificato attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sanitaria ed all'esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti medici ai quali mi dovrò sottoporre.

Autorizzo NON Autorizzo al trattamento dei miei dati personali relativi al mio stato di salute contenuti in questo modulo ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente

Roma ____/____/____ Firma Leggibile _____