	QUESTIONARIO CONOSCITIVO COVID-19	M-COVID19
		REV 5 DEL 28/07/2020
		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

<p>1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p>Se sì, Dove (specificare la/le città o lo stato estero/gli stati esteri)? _____</p> <p>Data inizio permanenza _____</p> <p>Data di rientro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> NON RICORDO</p>
<p>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)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>3. Hai avuto contatti* con:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. persone che hanno fatto il tampone? ii. familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone? iii. persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena? iv. persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni? <p>*(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)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>4. Hai avuto contatti con persone che avevano sintomi simil-influenzali? (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratorie, congiuntivite, raffreddore)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>

	QUESTIONARIO CONOSCITIVO COVID-19	M-COVID19
		REV 5 DEL 28/07/2020
		Pag. 2 di 2

5. Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti 2, 3, 4, si trattava di: i. un tuo familiare convivente? ii. un collega di lavoro? iii. persona con cui hai avuto contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
6. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI?	NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>
7. Hai fatto il tampone per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
8. Se sì, sei risultato positivo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
9. Sei stato ricoverato e dimesso per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
10. Se sì, sei guarito?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
11. Al momento hai i seguenti sintomi? i. febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ii. tosse iii. stanchezza iv. dolori muscolari v. difficoltà a respirare vi. espettorazione vii. mal di gola viii. mal di testa ix. congiuntivite x. vomito xi. diarrea	i. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ ii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ iii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ iv. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ v. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ vi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ vii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ viii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ ix. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ x. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ xi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

Il 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 _____