

Allegato 3 – QUESTIONARIO EPIDEMIOLOGICO

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Residente a _____ (____) in Via _____

1. Dove hai trascorso/ stai trascorrendo l'isolamento _____

2. Sei entrato/a in stretto contatto (a meno di 2 metri di distanza o in ambiente chiuso come casa, sede di lavoro, mezzo di trasporto) con casi accertati di COVID-19? SI NO

3. Hai effettuato il tampone per COVID-19? SI NO
Se Sì, con quale esito? _____

4. Sei stato/a sottoposto/a ad un "isolamento domiciliare fiduciario"? SI NO

5. Sei stato/a ricoverato/a per infezione da COVID-19 sospetta o accertata? SI NO

6. Negli ultimi 60 giorni sei stato ricoverato per una malattia indipendente dal COVID-19? SI NO
Se sì, specifica quale _____

7. Negli ultimi 60 giorni hai manifestato uno o più dei seguenti sintomi: febbre, tosse, dispnea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, stanchezza, indolenzimento e dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola? SI NO
Se sì, specifica quale/i _____

8. Negli ultimi 60 giorni hai avuto necessità di contattare i numeri di emergenza e/o il medico di base e/o il medico sociale per segnalare eventuali sintomi di sospetta infezione da COVID-19? SI NO

9. Negli ultimi 60 giorni sei stato/a in una delle zone rosse? SI NO
Se sì, specifica quale _____

10. Negli ultimi 60 giorni hai assunto farmaci antivirali o anti-influenzali? SI NO
Se sì, quali? _____

Data: ____/____/____ Firma _____