

Nome _____ Cognome _____

Al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e del personale dell'Ambulatorio, Le chiediamo di rispondere al seguente questionario e di **portarlo già compilato e firmato** alla visita.

Ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19? si no

Presenta attualmente o ha presentato, negli ultimi 14 giorni, i seguenti sintomi?

Febbre > 37.5°C si no

Tosse si no

Stanchezza si no

Mal di gola si no

Mal di testa si no

Difficoltà respiratorie si no

Insensibilità ai sapori si no

Dolori muscolari si no

Congestione nasale si no

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con:

persone con infezione accertata da Covid-19 si no

persone con infezione sospetta da Covid-19 si no

familiari di persone con infezione accertata da Covid-19 si no

ambienti sanitari con infezione accertata/sospetta si no

In caso di risposta positiva anche ad una sola delle precedenti domande, Le chiediamo di chiamarci immediatamente al fine di riprogrammare il suo appuntamento.

Data __/__/20__

Firma dell'interessato (o del tutore) _____