

Anamnesi COVID-19

DATI ANAGRAFICI

cognome	_____	nome	_____
stato civile	_____	codice fiscale	_____
luogo e data di nascita	_____		
residente a	_____	provincia	_____
indirizzo	_____		
tel. abitazione	_____	professione	_____
tel. ufficio	_____		_____
tel. cellulare	_____	medico di base	_____
e-mail	_____	inviato da	_____

ANAMNESI

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio

- Si No HA AVUTO COVID-19?
- Si No SE HA AVUTO COVID-19, E' 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 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 FEBBRE/FEBBRICOLA?
- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA TOSSE E/O DIFFICOLTA RESPIRATORIE?
- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA MALESSERE, ASTENIA?
- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA CEFALEA?
- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA CONGIUNTIVITE?
- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA SANGUE DA NASO/BOCCA?

Data _____

Firma _____

Anamnesi COVID-19

segue ANAMNESI

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio

- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA VOMITO E/O DIARREA?
- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA INAPPETENZA/ANORESSIA?
- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA CONFUSIONE/VERTIGINI?
- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA PERDITA/ALTERAZIONE
DELL'OLFATTO?
- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA PERDITA DI PESO?
- Si No NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA DISTURBI DELL'OLFATTO E/O
DEL GUSTO?

Data _____

Firma _____