

| SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONE DA CORONAVIRUS | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------|------------|
| DATI ANAGRAFICI | | | | | | |
| Nome | AIMEN | | Cognome | BATRUNA | Grado | INTERPRETE |
| Sesso | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | Data di nascita | 06/10/1982 | Tel. | /// |
| E-mail | //////////////////////////////////// | | | | | |
| Cell. | 380-1835138 | | | | | |
| CRITERI EPIDEMIOLOGICI | | | | | | |
| 1. Negli ultimi 14 giorni , Lei ha una <u>storia di viaggio o residenza in aree a rischio</u> (Paese o area Nazionale), dove siano stati confermati casi di infezioni da nuovo coronavirus? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Si | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non noto | | | | |
| Dove | | Data di arrivo | | Data partenza | | |
| Dove | | Data di arrivo | | Data partenza | | |
| Dove | | Data di arrivo | | Data partenza | | |
| 2. Negli ultimi 14 giorni , Lei è stato a <u>stretto contatto</u> con caso probabile o confermato a infezioni da nuovo coronavirus? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Si | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non noto | | | | |
| INFORMAZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE | | | | | | |
| Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni | | | | | | |
| Segni o sintomi respiratori | <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Mal di gola | <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria | | | |
| | <input type="checkbox"/> Infezione respiratoria acuta che ha richiesto o meno il ricovero in ospedale | | | | | |
| Segni o sintomi sistemici | <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Febbricola | <input type="checkbox"/> Cefalea | | | |
| | <input type="checkbox"/> Malessere generalizzato | <input type="checkbox"/> Dolore Muscolare | <input type="checkbox"/> Debolezza | <input type="checkbox"/> Calo dell'appetito | | |
| <input type="checkbox"/> Vertigini | <input type="checkbox"/> Calo del peso | <input type="checkbox"/> Confusione mentale | <input type="checkbox"/> Altro | | | |
| Data insorgenza dei primi sintomi: | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NON HO AVUTO ALCUN SINTOMO SOPRA ELENCATO | | | | | | |

DATA, LUOGO E FIRMA DELL'INTERESSATO

DICHIARO altresì di impegnarmi a comunicare con sollecitudine al D.S.S. di TF “*Ippocrate*” (Recapiti: SOTRIN 1867305 1867006 MOBILE 091-0134655) l’eventuale comparsa di sintomatologia simil-influenzale (febbre, tosse, diarrea, disturbi dell’olfatto e/o altro).

DATA, LUOGO E FIRMA DELL'INTERESSATO
