

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONE DA CORONAVIRUS						
DATI ANAGRAFICI						
Nome	FABIO		Cognome	DALESSANDRO	Grado	1°CM
Sesso	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Data di nascita		Tel.	////////////////////
E-mail	////////////////////////////////////					
Cell.	////////////////////////////////////					
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 <u>respiratori</u>	<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 <u>sistemici</u>	<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**

---