

QUESTIONARIO

Allegato 1

Sezione 1 - Dati dell'intervistatore			
Cognome			
Nome			
Struttura di appartenenza			
Data dell'intervista			
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato			
Cognome			
Nome			
Codice Fiscale			
Sesso			
Data di nascita <i>E LUOGO</i>			
Comune di residenza <i>E VIA</i>			
ASP di residenza			
Telefono fisso			
Telefono cellulare			
Indirizzo email			
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test sierologico come indicata nella nota prot. 14005 del 16 aprile 2020			
Sezione 3 - Dati laboratoristici			
Tipologia di test seguito	A	B	C
Tampone	SI	NO	Data _____
Sezione 4 - Storia clinica			
Dal 1 Marzo 2020 ad oggi ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi?			
Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Rinorrea (naso colante)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dispnea (difficoltà respiratorie)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	