

QUESTIONARIO

ALLEGATO 1

COGNOME	
NOME	
STRUTTURA DI APPARTENENZA	
DATA DELL'INTERVISTA	
SEZIONI DATI PAZIENTE	
COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
SESSO	
DATA DI NASCITA	
COMUNE DI RESIDENZA	
ASP DI RESIDENZA	
TELEFONO FISSO	
TELEFONO CELLULARE	
INDIRIZZO MAIL	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test sierologico come indicato nella nota del 16 Aprile 2020	
TIPOLOGIA DI TEST ESEGUITO	A B C
TAMPONE	SI NO Data.....
Dal 1° Marzo ad oggi ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi?	
Alterazioni dell'olfatto	SI NO
Alterazioni del gusto	SI NO
Febbre > 37,5° C	SI NO
Stanchezza	SI NO
Dolori muscolari	SI NO
Mal di gola	SI NO
Tosse secca	SI NO
Congestione nasale	SI NO
Rinorrea (naso colante)	SI NO
Dispnea (difficoltà respiratorie)	SI NO
Cefalea	SI NO
Dolori addominali	SI NO