Data: 29/4/2020

**QUESTIONARIO PER VERIFICARE LE CONDIZIONI DI SALUTE DEI PAZIENTI PRIMA DELL’AMMISSIONE ALL’AMBULATORIO\* (tutte le domande si riferiscono anche al periodo dei 14 giorni precedenti):**

**Nome e cognome del paziente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **DOMANDA** | **SÌ** | **NO** |
| 1. | Ha la febbre (superiore a 37,5 ºC)? |  |  |
| 2. | È raffreddato? |  |  |
| 3. | Tossisce? |  |  |
| 4. | Le fa male la gola, la faringe? |  |  |
| 5. | Riscontra una variazione nel gusto e nell’olfatto? |  |  |
| 6. | Ha difficoltà di respirazione o un senso di oppressione al petto? |  |  |
| 7. | Ha dolori muscolari? |  |  |
| 8. | Ha problemi di digestione (diarrea o vomito)? |  |  |
| 9. | **Qualcun altro a casa o al lavoro ha tali problemi?** |  |  |
| 10. | Ha avuto un tampone positivo al Covid-19? |  |  |
| 11. | È stato in contatto con un paziente affetto da COVID-19 (parenti malati, coinquilini, colleghi, compagni di classe, compagni di viaggio, …)? |  |  |

**\* Se ha risposto in modo affermativo a una qualsiasi domanda, PRIMA DELL’AMMISSIONE contatti AL TELEFONO il medico generico o l’ambulatorio**

**Firmando certifico la verità di tutte le dichiarazioni:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**