

Allegato 1

QUESTIONARIO Covid

rev. 21.09.2020

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	
Comune di residenza	
ASP di residenza	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	
Sezione 3 – Dati laboratoristici	
Tipologia di test seguito	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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"/>