

Questionario Covid

rev. 31/01/2021

ATTENZIONE COMPILARE SEZIONI 2 - 3 - 4

Sezione 1 - Dati dell'intervistatore	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista <input type="checkbox"/>
Data dell'intervista	Luogo
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato	
Cognome	Nome
VACCINATO/A x COVID	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale	Sesso
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	Via
Comune di domicilio	Via
Indirizzo email	ASP di residenza
Telefono fisso	Telefono cellulare
Categoria di appartenenza del paziente	Tracciamento contatto <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
Sezione 3 - Tipo di esame	
Test sierologico	SI <input type="checkbox"/> (Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/>) NO <input type="checkbox"/> Data.....
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare (tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> (Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/>) NO <input type="checkbox"/> Data.....
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card (tipolog. E)	SI <input type="checkbox"/> (Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/>) NO <input type="checkbox"/> Data.....
Sezione 4 - Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	Attenzione indicare sintomi solo se paucisintomatico o sintomatico
Sintomatico lieve <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> critico <input type="checkbox"/>	
Alterazioni del gusto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dispnea (difficoltà respiratorie) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Diarrea SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cefalea SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Disturbi intestinali SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Rinorrea (naso colante) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tosse secca SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Alterazioni dell'olfatto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Alterazioni dell'olfatto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>