



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

	<b>DOMANDA</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>
1.	Ha la febbre (superiore a 37,5 °C)?		
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.	<b>Qualcun altro a casa o al lavoro ha tali problemi?</b>		
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:**

\_\_\_\_\_