

Casa di Cura Privata "Villa San Marco"	SISTEMA DI GESTIONE AZIENDALE	Allegato a P.O.
	Questionario anamnestico ambulatoriale	MOD_del_18.05.2020

QUESTIONARIO (Secondo la D.G.R. Marche n. 523 del 05/05/2020)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____

Tel _____

Ha avuto una diagnosi di COVID-19?

Se la risposta è SI, è guarito? (Tampone Negativo)

E' sottoposto a misura di quarantena?

Negli ultimi 14 giorni ha avuto rapporti con persone affette da COVID-19 (caso confermato)?

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

Negli ultimi 14 giorni ha lamentato uno di questi sintomi?		
Febbre/febbricola	SI	NO
Tosse e/o difficoltà respiratorie	SI	NO
Malessere, astenia	SI	NO
Cefalea	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Sangue da naso/bocca	SI	NO
Vomito e/o diarrea	SI	NO
Inappetenza/anoressia	SI	NO
Confusione/vertigini	SI	NO
Perdita/alterazione dell'olfatto	SI	NO
Perdita di peso	SI	NO
Disturbi dell'olfatto e del gusto	SI	NO

Data

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore

Spazio riservato al personale di struttura

Temperatura corporea rilevata all'ingresso _____ °C

Firma del personale addetto
