

Casa di Cura Privata "Villa San Marco"	SISTEMA DI GESTIONE AZIENDALE	Allegato a P.O.
	Questionario anamnestico pre-ricovero	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

Negli ultimi 14 giorni ha lamentato uno di questi sintomi?		
Febbre/febbrecola	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**

\_\_\_\_\_