



*SPAZIO per apporre etichetta identificativa paziente*

*In assenza di etichetta identificativa:*

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

## CHECK LIST PER SINTOMI E CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO DA COVID-19 IN CASO DI PRESTAZIONE AMBULATORIALE

SINTOMI nei 14 giorni precedenti		
FEBBRE $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TOSSE	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MAL DI GOLA	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RINITE	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISPNEA	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALTERAZIONE GUSTO e/o OLFATTO	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DIARREA e/o VOMITO	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MIALGIA	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO: 14 giorni prima della comparsa dei sintomi		
Sintomi specifici in altri componenti della famiglia	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Occupazione ad alto rischio (tecnici di laboratorio, sanitari, ecc.)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Contatto non protetto con persona positiva COVID-19	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Partecipazione a incontri risultati focolai di sindrome parainfluenzale/polmonite ( $\geq 2$ persone affette)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**SE ALMENO UN SÌ  $\implies$  Percorso Sospetto COVID**

Note: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

M-P.DS.13.06-02 rev. 1