


Check list per rischio di contagio da Covid-19 in caso di prestazione ambulatoriale

SINTOMI nei 14 giorni precedenti		
FEBBRE \geq 37.5°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 1 SI -> Percorso Sospetto COVID

Note: _____

FIRMA DEL PAZIENTE _____

il Medico _____

Data ____/____/____