**QUESTIONARIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sezione 1- Dati dell’intervistatore |  | | |
| Cognome |  | | |
| Nome |  | | |
| Struttura di appartenenza |  | | |
| Data dell’intervista |  | | |
| Sezione 2 – Dati del soggetto esaminato |  | | |
| Cognome |  | | |
| Nome |  | | |
| Codice fiscale |  | | |
| Sesso |  | | |
| Data di nascita |  | | |
| Comune di residenza |  | | |
| Struttura di appartenenza |  | | |
| Asp di residenza |  | | |
| Telefono cellulare |  | | |
| Indirizzo mail |  | | |
| Categoria del soggetto sottoposto a test sierologico come indicato nella circolare n. 8722 del 07/08/2020 Ministero della Salute |  | | |
| Sezione 3 – Tipologia di test effettuato |  | | |
| Test sierologico di tipo: | □ NO □ SI |  | DATA \_ |
| Tampone rino/farinego | □ NO □ SI |  | DATA \_ |
| *Se si risponde si indicare se è il primo tampone effettuato o se ripetuto indicare le*  *varie date :* | Data 1° effettuazione\_ \_  Data 2° effettuazione\_ \_  Data 3° effettuazione\_ \_ | | |
| Sezione 4 – anamnesi del paziente |  | | |
| Negli ultimi 14 giorni ha mai avuto qualcuno dei seguenti sintomi? | | | |
| Alterazione dell’olfatto |  | □SI | □NO |
| Alterazione del gusto |  | □SI | □NO |
| Febbre ≥ 37,5 °C |  | □SI | □NO |
| Stanchezza |  | □SI | □NO |
| Dolori muscolari |  | □SI | □NO |
| Mal di gola |  | □SI | □NO |
| Tosse secca |  | □SI | □NO |
| Congestione nasale |  | □SI | □NO |
| Rinorrea( naso colante) |  | □SI | □NO |
| Dispnea (difficoltà respiratoria) |  | □SI | □NO |
| Diarrea |  | □SI | □NO |
| Cefalea |  | □SI | □NO |
| Dolori addominali |  | □SI | □NO |
| Ha effettuato il vaccino antinfluenzale |  | □SI | □NO |
| Ha fatto rientro in Sicilia negli ultimi 14  giorni% | □SI □NO  Se si da quale territorio? | | |
| Ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con casi accertati o sospetti di COVID 19? |  | □SI | □NO |

Data Firma dell’intervistato