

QUESTIONARIO Covid (rev. 22.10.2020)

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE

Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza: ANALYSIS S.R.L.	Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>
Data dell'intervista:	Luogo:

Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato

Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Sesso:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Via:
Comune di domicilio:	Via:
ASP di residenza:	
Telefono fisso:	Telefono cellulare:
Indirizzo email:	Altro:
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	
	Contact tracing Screening _____

Sezione 3 – Tipo di esame

Test sierologico tipologia A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico tipologia B	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico rapido	ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo <input type="checkbox"/> Data _____
Altro test specificare _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____

Sezione 4 – Storia clinica allo stato attuale

Asintomatico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Paucinsomatico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	(Indicare solo se Paucinsomatico o Sintomatico)
Sintomatico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Data inizio sintomi: _____
Lieve <input type="checkbox"/>	Febbre > 37,5° <input type="checkbox"/>
Severo <input type="checkbox"/>	Dispnea <input type="checkbox"/>
critico <input type="checkbox"/>	Dolori muscolari <input type="checkbox"/>
	Mal di gola <input type="checkbox"/>
	Alterazioni gusto <input type="checkbox"/>
	Alterazioni olfatto <input type="checkbox"/>
	Cefalea <input type="checkbox"/>
	Disturbi intestinali <input type="checkbox"/>

Ricovero Ospedaliero: Data: _____ P.O.: _____

Deceduto: Data: _____

FIRMA

