

PREVENZIONE RISCHIO CORONA VIRUS (COVID-19)

L'EMERGENZA CORONA VIRUS OBBLIGA TUTTI A MISURE PREVENTIVE PER CONTENERE POSSIBILI CONTAGI.

NOME e COGNOME:

LA PREGHIAMO PERTANTO DI SEGNALARE QUANTO SEGUE:

Ha avuto Covid-19?	SI	NO
Se la risposta è sì ed è guarito il tampone è negativo	SI	NO
È in quarantena?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da Covid-19?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone a rischio?	SI	NO
Negli ultimi 14 giorni ha avuto / ha uno dei seguenti sintomi?	SI	NO
Febbre / Febbricitata (>37.3°C)	SI	NO
Tosse e/o difficoltà respiratorie	SI	NO
Malessere	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Cefalee	SI	NO
Sangue dal naso (epistassi)	SI	NO
Vomito o Diarrea	SI	NO
Inappetenza / Anoressia	SI	NO
Confusione / Vertigini	SI	NO
Perdita /Alterazione dell'olfatto	SI	NO
Perdita di Peso	SI	NO
Disturbi del gusto	SI	NO

Data e Luogo

Firma Paziente (genitore/accompagnatore)

IN TUTTI QUESTI CASI LA PRESTAZIONE NON POTRÀ ESSERE ESEGUITA

Per gentile concessione Dott. Diego Capri, socio attivo
SIdP, Segretario Culturale Provinciale ANDI Bologna

ISPIRATO ALLE LINEE GUIDA EFP

