

**QUESTIONARIO UTENTI
GESTIONE ACCESSI AMBULATORIALI
Prevenzione Covid-19**

Allegato 6 decreto 24 aprile 2020 G.U. Serie Generale , n. 108 del 27 aprile 2020

- E' attualmente affetto da COVID19 o posto in isolamento domiciliare per contatto stretto con persona positiva? **SI NO**
- Ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m. per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19? **SI NO**
- E' stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario)? **SI NO**
- E' stato malato di COVID19 e dichiarato clinicamente guarito da COVID19? **SI NO**
- Attualmente presenta febbre, sintomi respiratori come tosse secca, raffreddore, congiuntivite, debolezza estrema o dolori osteo-muscolari diffusi, mancanza di senso del gusto e/o olfatto, vomito e/o diarrea, mal di testa, mal di gola ? **SI NO**
- Ha effettuato test per Covid-19 Sars-Cov2 (tampone o sierologico)? **SI NO**
Se si quando _____ esito _____
- Temperatura (maggiore di) > 37.5° **SI NO**

Data : _____

Nome e Cognome paziente

Firma paziente (genitore in caso di minore)

Firma operatore

Firma Sanitario
