

**Allegato 1 - scheda di valutazione iniziale**

<b>Nei 14 giorni precedenti</b>	
<b>Sei stato/a all'estero?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Dove (indicare lo stato estero)? _____ Data inizio _____ Data rientro: _____ <input type="checkbox"/> NON RICORDO
<b>Sei stato/a in altre regioni italiane?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Dove? _____ Data inizio permanenza _____ Data rientro: _____ <input type="checkbox"/> NON RICORDO
<b>Hai avuto contatti (PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI) con casi accertati di COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Hai avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Hai avuto contatti con familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Sei stato/a a contatto con persone sottoposte a quarantena?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Sei stato/a a contatto con persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Hai avuto contatti con persone con:</b>	
<b>tosse</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

<b>Febbre</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Dolori muscolari</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Difficoltà respiratorie</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti sui contatti:</b>	
<b>Sei un familiare convivente?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Sei un collega di lavoro?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Siete stati a contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Hai dovuto accedere ad una struttura sanitaria?:</b>	
<b>Ospedale si/no</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO
<b>Ambulatorio/casa della salute si/no</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO
<b>Studio del MMG/PLS si/no</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO
<b>Altro</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO
<b>Sei stato ricoverato per COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Hai problemi di salute?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Al momento hai:</b>	
<b>Tosse</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

<b>Febbre</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Temperatura
<b>Dolori muscolari</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Difficoltà a respirare</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Vomito</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Diarrea</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Hai fatto il vaccino per l'influenza?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>Hai fatto il vaccino per la polmonite?</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Roma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del paziente che ha compilato il questionario**

\_\_\_\_\_

**Nominativo della persona che effettua l'accettazione** \_\_\_\_\_

**Firma del Medico che ha visionato il questionario**

\_\_\_\_\_