

## QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI (da compilare prima della seduta)

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

- Ha avuto COVID 19? SI NO
- Se la risposta è SI ed è guarito, (tampone negativo?) SI NO
- E' 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 provenienti da aree a rischio? SI NO
- Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?
- Febbre/febbricola SI NO
  - Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO
  - Malessere, astenia SI NO
  - Cefalea SI NO
  - Congiuntivite SI NO
  - Sangue da naso/bocca SI NO
  - Vomito e/o diarrea SI NO
  - Inappetenza/anoressia SI NO
  - Confusione/vertigini SI NO
  - Perdita/alterazione dell'olfatto SI NO
  - Perdita di peso SI NO
  - Disturbi dell' olfatto e o del gusto SI NO

DATA\_\_\_\_\_

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore

\_\_\_\_\_