**QUESTIONARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Sezione 1- Dati dell’intervistatore |  |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Struttura di appartenenza |  |
| Data dell’intervista |  |
| Sezione 2 – Dati del soggetto esaminato |  |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Codice fiscale |  |
| Sesso |  |
| Data di nascita |  |
| Comune di residenza |  |
| Struttura di appartenenza |  |
| Asp di residenza |  |
| Telefono cellulare |  |
| Indirizzo mail |  |
| Categoria del soggetto sottoposto a test sierologico come indicato nella circolare n. 8722 del 07/08/2020 Ministero della Salute  |  |
| Sezione 3 – Tipologia di test effettuato |  |
| Test sierologico di tipo: | □ NO □ SI DATA\_\_\_\_\_\_\_  |
| Tampone rino/farinego | □ NO □ SI DATA\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Se si risponde si indicare se è il primo tampone effettuato o se ripetuto indicare le varie date :*  | Data 1° effettuazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data 2° effettuazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data 3° effettuazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sezione 4 – anamnesi del paziente |  |
| Negli ultimi 14 giorni ha mai avuto qualcuno dei seguenti sintomi? |
| Alterazione dell’olfatto | □SI □NO |
| Alterazione del gusto | □SI □NO |
| Febbre ≥ 37,5 °C | □SI □NO |
| Stanchezza | □SI □NO |
| Dolori muscolari | □SI □NO |
| Mal di gola | □SI □NO |
| Tosse secca | □SI □NO |
| Congestione nasale | □SI □NO |
| Rinorrea( naso colante) | □SI □NO |
| Dispnea (difficoltà respiratoria) | □SI □NO |
| Diarrea | □SI □NO |
| Cefalea | □SI □NO |
| Dolori addominali | □SI □NO |
| Ha effettuato il vaccino antinfluenzale | □SI □NO |
| Ha fatto rientro in Sicilia negli ultimi 14 giorni% | □SI □NOSe si da quale territorio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con casi accertati o sospetti di COVID 19? | □SI □NO |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’intervistato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_