

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Allegato 2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE INIZIALE**

<b>NEI 14 GIORNI PRECEDENTI</b>	
Sei stato/a all'estero?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Dove (indicare lo stato estero)? _____ Data inizio permanenza _____ Data di rientro: _____ <input type="checkbox"/> NON RICORDO
Sei stato in altre regioni italiane?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Dove? _____ Data inizio permanenza _____ Data di rientro: _____ <input type="checkbox"/> NON RICORDO
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?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Hai avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Hai avuto contatti con familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Sei stato/a a contatto con persone sottoposte a quarantena?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Sei stato/a contatto con persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Hai avuto contatti con persone con:	
Tosse	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Febbre	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
dolori muscolari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

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

dolori muscolari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Vomito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Diarrea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Hai fatto il vaccino per l'influenza?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Hai fatto il vaccino per la polmonite?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì