

| Sezione 1 – Dati della struttura che prescrive il test intervistatore | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Cognome | | |
| Nome | | |
| Struttura di appartenenza | | |
| Data dell'intervista | | |
| Sezione 2 - Dati dell'utente | | |
| Cognome | | |
| Nome | | |
| Codice Fiscale | | |
| Sesso | | |
| Data di nascita | | |
| Comune di residenza | | |
| ASP di residenza | | |
| Telefono fisso | | |
| Telefono cellulare | | |
| Indirizzo email | | |
| Sezione 3 – Storia clinica | | |
| Stato clinico attuale: <input type="checkbox"/> Asintomatico <input type="checkbox"/> Pauci-sintomatico <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Critico <input type="checkbox"/> Deceduto | | |
| Dal 1 marzo 2020 ad oggi ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi? | | |
| Alterazioni dell'olfatto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Alterazioni del gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Febbre $\geq 38,0$ °C | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Stanchezza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dolori muscolari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Mal di gola | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Tosse secca | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Congestione nasale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Rinorrea (naso colante) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dispnea (difficoltà respiratorie) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Diarrea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Cefalea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dolori addominali | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Tutte le informazioni richieste devono essere raccolte