

QUESTIONARIO Covid

rev. 21.09.2020

Cognome	
Nome	
Struttura di appartenenza	
Data dell'intervista	
Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Sesso	
Data di nascita	
Comune di residenza	
ASP di residenza	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	
Tipologia di test seguito	
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	
Tampone rino-faringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rino-faringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
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 $\geq 37,5$ °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"/>