



## Sistema di prenotazioni tamponi Asintomatici

Asintomatici - via mammt - Bari - 123123

---

Data questionario: 14/6/2021

Nro. Prenotazione: 52

### ***Dati Personali***

Cognome: Praesentium dicta di      Nome: Et saepe dolore fuga      Data di nascita: 1995-05-14

Codice Fiscale: Blanditiis nisi      Numero di telefono:

Indirizzo di residenza: Eos consequuntur obc

### ***Anamnesi Laborativa***

Mansione attuale: Minima quia voluptat      Dipartimento: Ea ipsa omnis quia      Sede: Similique consequatu

### ***Anamnesi patologica prossima nelle ultime 48 ore***

• Tosse • Mialgie diffuse

• Emottisi

Ha effettuato viaggi negli ultimi 14 giorni?

Ha eseguito il tampone nasofaringeo? Si, con esito Nihil aliquam nisi a il giorno 2021-07-14

### ***Anamnesi patologia remota***

• Scompenso cardiaco • Malattie vascolari

• Neoplasie in atto • Epatopatia cronica • Patologie autoimmunitarie

• Patologia splenica cronica • Diabete mellico

Altro: Sit quia minim sed

Assume farmaci No si In facilis repudiand

## **Valutazione del rischio di contatto con caso confermato di COVID-19**

Tipologia contatto: Sunt ea recusandae

Descrizione del contatto:

- Utilizzo servizi igienici comune • Utilizzo comune mezzi di trasporto

Altro: Sunt ea recusandae

Ambiente in cui è avvenuto il contatto (specificare):

Sunt ea recusandae

Chiuso • Area 5-10 m2 • Area 26 m2 - 60m2

Aperto: Asperiores vero eaqu

Ventilazione ambiente: • Naturale • Area Condizionata

Distanza dal caso confermato:

Uso della mascherina: • In tessuto

### ***Tempo di contatto con il caso confermato nell'arco delle 25 ore***

Data ultimo contatto con il caso confermato:

1978-08-07

Tempo di contatto maggiore di 15 minuti (Numero singoli contatti: Aut cillum natus pla).

Tempo di contatto minore di 15 minuti (Numero singoli contatti: Ipsum eu atque null).

### ***Sintomi del caso confermato con cui è avvenuto il contatto***

- Febbre • Tosse • Perdita dell'olfatto
- Emottisi • Eruzioni cutanee

### ***Uso della mascherina del caso confermato***

- FFP2 • Chirurgica

***Firma del paziente***

---