

QUESTIONARIO COVID-19
SEZIONE MEDICINA DEL LAVORO E.C. VIGLIANI

Data questionario:/...../.....

DATI PERSONALI

Cognome:..... Nome:.....

Data di nascita:..... Codice Fiscale

Numero di telefono Indirizzo di residenza

ANAMNESI LAVORATIVA

Mansione attuale:..... Dipartimento..... Sede.....

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA nelle ultime 48 ore (segnare con una X la risposta)

- | | | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Febbre ($T^{\circ} > 37,5$) | <input type="checkbox"/> Dispnea | <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Mialgie diffuse |
| <input type="checkbox"/> Perdita del gusto | <input type="checkbox"/> Perdita dell'olfatto | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Congiuntivite monolaterale |
| <input type="checkbox"/> Emottisi | <input type="checkbox"/> Congestione nasale | <input type="checkbox"/> Eruzioni cutanee | <input type="checkbox"/> Faringodinia |

Ha effettuato viaggi negli ultimi 14 giorni : ☐No ☐Sì

dove.....

Ha eseguito il tampone nasofaringeo : No Sì (data ultimo tampone eseguito)

Esito negativo positivo

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

- | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Broncopatia cronica | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa |
| <input type="checkbox"/> Aritmie cardiache | <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco | <input type="checkbox"/> Malattie vascolari |
| <input type="checkbox"/> Neoplasie in atto | <input type="checkbox"/> Patologia renale cronica | <input type="checkbox"/> Epatopatia cronica |
| <input type="checkbox"/> Patologie autoimmunitarie | <input type="checkbox"/> Patologia splenica cronica | <input type="checkbox"/> Patologie neurologiche |
| Cardiopatia ischemica | Diabete mellito | |

Altro.....

Assume farmaci: No Sì

.....

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CONTATTO CON CASO CONFERMATO DI COVID 19

Tipologia di contatto lavorativo familiare altro.....

Descrizione del contatto	condivisione spazi	contatto con oggetti contaminati
	utilizzo servizi igienici comune	utilizzo comune mezzi di trasporto
	altro.....	

Ambiente in cui è avvenuto il contatto (specificare).....

Chiuso Area 5-10 m² Area 11-25 m² Area 26 m² - 60 m² Area \geq 60 m²

Aperto (specificare).....

Ventilazione ambiente ☐ Naturale ☐ Aria Condizionata ☐ Mista

Distanza dal caso confermato ☐ $\leq 2m$ ☐ $\geq 2m$

Uso della mascherina ☐ FFP2 ☐ Chirurgica ☐ In tessuto
☐ In modo continuo ☐ In modo discontinuo

Tempi di contatto con il caso confermato nell'arco delle 24 ore

Data ultimo contatto con il caso confermato

Tempo di contatto ≥ 15 minuti (Numero dei singoli contatti)

Tempo di contatto ≤ 15 minuti (Numero dei singoli contatti)

Sintomi del caso confermato con cui è avvenuto il contatto

☐ Febbre ($T^{\circ} > 37,5$) ☐ Dispnea ☐ Tosse ☐ Mialgie diffuse
☐ Perdita del gusto ☐ Perdita dell'olfatto ☐ Diarrea ☐ Congiuntivite monolaterale
☐ Emottisi ☐ Congestione nasale ☐ Eruzioni cutanee ☐ Faringodinia
☐ Altro.....

Uso della mascherina del caso confermato

☐ FFP2 ☐ Chirurgica ☐ In tessuto
☐ In modo continuo ☐ In modo discontinuo

Firma del Lavoratore