

QUESTIONARIO COVID-19

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)

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

| | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------|
| Broncopatia cronica | Asma | Ipertensione arteriosa |
| Aritmie cardiache | Scompenso cardiaco | Malattie vascolari |
| Neoplasie in atto | Patologia renale cronica | Epatopatia cronica |
| Patologie autoimmunitarie | Patologia splenica cronica | 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