

## 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 m<sup>2</sup> Area 11-25 m<sup>2</sup> Area 26 m<sup>2</sup> - 60 m<sup>2</sup> Area  $\geq$  60 m<sup>2</sup>

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  $\geq 15$  minuti (Numero dei singoli contatti .....)

Tempo di contatto  $\leq 15$  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