

QUESTIONARIO DI ANAMNESI

Codice (NB: codice fornito dal laboratorio)

KL9D76

Laboratorio di Analisi: *Analisi Cliniche Verdi*

DATI PERSONALI

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Data di Nascita

Luogo di Nascita

Città di Residenza

Indirizzo di Residenza

Numero di Telefono

Email

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA (ultime 48 ore)

- ☒ 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 : ☐ Si ☒ No

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

Assume farmaci : ☐ Si ☒ No

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CONTATTO CON CASO CONFERMATO DI COVID-19

Tipologia di contatto : ☐ Lavorativo ☒ Familiare ☐ Altro

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 :

Chiuso : ☐ Area 5-10 m² ☒ Area 11-25 m²

☐ Area 26-60 m² ☐ Area \geq 60 m²

Aperto :

Luogo