


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Pavia</p>	<p align="center">QUESTIONARIO COVID – 19</p> <p align="center">Mod.01.727.UDC/IO06</p>	<p align="center">Ed.1 Rev.1</p> <p align="center">Ottobre 2021</p>
---	--	---

Contatto telefonico preventivo: SI, avvenuto in data:/...../.....
 NO

Sig./Sig.ra.....nato/nata il.....

Domande riferite allo stato di salute del **PAZIENTE** negli ultimi 15 giorni

IL PAZIENTE riferisce di:	SI	NO
aver avuto febbre a TC $\geq 37.5^\circ$ C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver avuto faringodinia/mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato tosse e/o difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato rinite/rinorrea/ostruzione nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato stanchezza/dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato diarrea e/o vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato alterazione dei sapori e degli odori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver avuto contatti con persone COVID-19 positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Domande riferite allo stato di salute dei **CONVIVENTI** del paziente negli ultimi 15 giorni

Con quanto persone vive in casa	N. _____ persone	
IL paziente riferisce che i suoi CONVIVENTI:	SI	NO
aver avuto febbre a TC $\geq 37.5^\circ$ C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver avuto faringodinia/mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato tosse e/o difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato rinite/rinorrea/ostruzione nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato stanchezza/dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato diarrea e/o vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver presentato alterazione dei sapori e degli odori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aver avuto contatti con persone COVID-19 positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. 101/2018

Trattamento dei dati personali – Informazioni regolamento UE 679/2016: per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei Suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <https://www.asst-pavia.it/node/6398>

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

Firma del paziente
