

Allegato B

Questionario anamnestico e di screening telefonico per COVID-19 e checklist di ricovero.

Dati anagrafici e biometrici

Nome: _____ Cognome: _____
Età: _____ Sesso: Donna Uomo
Peso _____ Kg Altezza _____ cm BMI _____ kg/m²

Domande anamnestiche generiche

Allergie farmaci/lattice/altro	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Fumo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Diabete mellito	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie neurologiche	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Decadimento cognitivo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Insufficienza epatica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Patologie psichiatriche	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Malattia oncologica attiva	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Altre malattie croniche	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Annotazioni: _____

Domande anamnestiche specifiche per COVID19

Provincia di residenza/domicilio: _____

1. E' risultato positivo a test per COVID (SARS-CoV-2)? Sì No
2. Qualcuno che vive con lei è risultato positivo a test per COVID? Sì No
3. E' stato in contatto con qualcuno che ha sviluppato l'infezione da COVID, da 2 giorni prima dei sintomi a 20 giorni dopo l'infezione? Sì No
4. Vive in contatto con qualcuno di età > 65 anni e gravi malattie concomitanti, oppure che è stato ritenuto paziente a rischio per COVID? Sì No
5. Ha fatto visita a qualcuno in una RSA negli ultimi 30 giorni? Sì No
6. Nell'ultimo mese ha presentato uno o più dei seguenti segni/sintomi, riportati nella checklist di prericovero? Sì No

CHECKLIST DI PRERICOVERO

Data di insorgenza dei sintomi:/...../.....

Febbre >37,2°	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Tosse	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Stanchezza	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mal di gola	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mal di testa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Alterazione del gusto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Alterazione dell'olfatto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Congestione nasale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Rash cutanei	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

CHECKLIST DI RICOVERO

Febbre >37,2°	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Tosse	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Stanchezza	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mal di gola	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Mal di testa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Alterazione del gusto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Alterazione dell'olfatto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Congestione nasale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Rash cutanei	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Misurazione della temperatura corporea al momento del ricovero: _____ ° C