

## Questionario informativo per la prevenzione dell'infezione coronavirus

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:

1)Ha la febbre o ha avuto la febbre? SI ( ) NO ( )

2)Ha avuto insorgenza recente di problemi respiratori, tosse, difficoltà respiratoria, diarrea, congiuntivite, alterazione di gusto e/o olfatto, spossatezza, eruzioni cutanee ? SI ( ) NO ( )

3)Ha soggiornato in paesi "a rischio" dell'Unione Europea (Croazia, Grecia, Malta, Spagna)? SI ( ) NO ( )

4)Se sì, come è risultato al tampone obbligatorio? POSITIVO ( ) NEGATIVO ( )

5)Ha soggiornato in aree a rischio del nostro Paese o di altri Paesi? SI ( ) NO ( )

6)Se sì, come è risultato al tampone obbligatorio? POSITIVO ( ) NEGATIVO ( )

7)È entrato in contatto con un paziente con infezione confermata SARS-CoV-2 ? SI ( ) NO ( )

8)È entrato in contatto con persone che provengono dalle aree in Italia o all'estero con alta incidenza di contagio, con febbre o problemi respiratori documentati ? SI ( ) NO ( )

9)Vi sono almeno due persone con esperienza documentata di febbre o problemi respiratori in stretto contatto con lei? SI ( ) NO ( )

NOME ----- COGNOME ----- Firma LEGGIBILE

Data / / -----