



Fondazione
Gaetano e Piera Borghi

CASA DI CURA FONDAZIONE
GAETANO E PIERA BORGHI

SCHEDA INFORMAZIONI ANAMNESTICHE
Valutazione sospetta infezione COVID 19

REV 1

DATI PAZIENTE

Cognome	Nome
Data di Nascita	Telefono (paziente /persona di riferimento)

VALUTAZIONE DI MANIFESTAZIONI SOSPETTE DI INFEZIONE COVID - 19

Al momento ha uno di questi sintomi:		
• febbre con TC $\geq 37,5^{\circ}$ C	SI	NO
• tosse	SI	NO
• raffreddore/congestione nasale/mal di gola	SI	NO
• dolori muscolari / articolari	SI	NO
• dispnea o difficoltà a respirare a riposo	SI	NO
• diarrea / vomito / nausea	SI	NO
• alterazioni gusto / olfatto	SI	NO
• altri sintomi influenzali (mal di testa/dolore occhi)	SI	NO
E' stato a contatto nelle ultime 2 settimane con un caso confermato di Coronavirus?	SI	NO
Ha avuto una diagnosi di malattia da Covid-19 con tampone positivo?	SI	NO
Ha tampone negativo a conferma dell'avvenuta guarigione? <i>Esibire referto/certificazione tampone</i>	SI	NO

Luogo e data:

Firma del paziente / genitore / tutore

SI RICORDA CHE L'ACCESSO AL POLIAMBULATORIO è VIETATO A COLORO CHE PRESENTANO I SINTOMI SOPRA INDICATI. SARA' NOSTRA PREMURA RICONTATTARVI PER FISSARE UN NUOVO APPUNTAMENTO