

REGIONE DEL VENETO



ULSS4
VENETO ORIENTALE

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

RESIDENZA

CRITERIO CLINICO

E' STATO RICOVERATO PER INFEZIONE DA COVID 19?	SI	NO
HA AVUTO DIAGNOSI ACCERTATA DI INFEZIONE DA COVID 19?	SI	NO
HA ESEGUITO TAMPONE NASO-FARINGEO PER RICERCA CORONAVIRUS?	SI	NO
HA ESEGUITO TEST SIEROLOGICO PER COVID 19?	SI	NO
<u>NEI 21 GIORNI PRECEDENTI HA AVUTO:</u>		
FEBBRE >37°	SI	NO
TOSSE	SI	NO
STANCHEZZA	SI	NO
DIFFICOLTA' RESPIRATORIE	SI	NO
DOLORI MUSCOLARI	SI	NO
DIARREA	SI	NO
DISTURBI DEL GUSTO	SI	NO
DISTURBI DELL'OLFATTO	SI	NO
HA AVUTO CONTATTI STRETTI CON CASI CONFERMATI, SOSPETTI O PROBABILI DI COVID 19 (ES. FAMILIARI, COLLEGHI DI LAVORO ECC)	SI	NO

DATA

FIRMA UTENTE O DI CHI NE FA LE VECI