

**VALUTAZIONE CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA DEL PAZIENTE CHE SI DEVE
SOTTOPORRE A PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

1. Nome _____ Cognome _____

2. Data di nascita _____ Sesso M F

3. Riferisce febbre SI NO Temperatura _____

4. Riferisce tosse SI NO Dispnea Si NO

5. Riferisce perdita di olfatto SI NO perdita del gusto Si NO

6. Altra sintomatologia Si NO

7. Il paziente deve riferire di:

- Storia di viaggi o residenza all'estero,
- Storia di viaggi o residenza in aree a rischio di comprovata diffusione avvenuti nei 14 giorni precedenti all'ingresso in Casa di Cura,
- Attività lavorativa, in particolare quale operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19, o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2.

Essere stato a stretto contatto o convivente con un caso sospetto o confermato di COVID-19.

Data _____ Ora _____ Reparto _____

Medico/ Infermiere _____

Firma del Paziente _____