

**VALUTAZIONE CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA DEL PAZIENTE CHE SI DEVE  
SOTTOPORRE A PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA  
STRUMENTALE**

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 \_\_\_\_\_ Diagnostica \_\_\_\_\_

Medico/ Infermiere \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_