

## QUESTIONARIO

<b>Sezione 1- Dati dell'intervistatore</b>	
Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Struttura di appartenenza	<input type="text"/>
Data dell'intervista	<input type="text"/>
<b>Sezione 2 – Dati del soggetto esaminato</b>	
Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>
Comune di residenza	<input type="text"/>
Struttura di appartenenza	<input type="text"/>
AV1	<input type="text"/>
Telefono cellulare	<input type="text"/>
Indirizzo mail	<input type="text"/>
Categoria del soggetto sottoposto a test sierologico come indicato nella circolare n. 8722 del 07/08/2020 Ministero della Salute	<input type="text"/>
<b>Sezione 3 – Tipologia di test effettuato</b>	
Test sierologico di tipo:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI DATA <input type="text"/>
Tampone rino/farinago	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI DATA <input type="text"/>
<i>Se si risponde si indicare se è il primo tampone effettuato o se ripetuto indicare le varie date :</i>	Data 1° effettuazione <input type="text"/> Data 2° effettuazione <input type="text"/> Data 3° effettuazione <input type="text"/>
<b>Sezione 4 – anamnesi del paziente</b>	
Negli ultimi 14 giorni ha mai avuto qualcuno dei seguenti sintomi?	
Alterazione dell'olfatto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Alterazione del gusto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Febbre $\geq 37,5$ °C	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Stanchezza	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Mal di gola	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Tosse secca	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Congestione nasale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Rinorrea (naso colante)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dispnea (difficoltà respiratoria)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Diarrea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Cefalea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Dolori addominali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ha effettuato il vaccino antinfluenzale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ha fatto rientro nelle Marche negli ultimi 14 giorni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si da quale territorio? <input type="text"/>
Ha avuto negli ultimi 14 giorni contatti con casi accertati o sospetti di COVID 19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Data

Firma dell'intervistato