



Casa di Cura Figlie di San Camillo

Via Fabio Filzi, 56
26100 Cremona
Tel. 0372 421111 – Fax 0372 24533
e-mail: info.cr@figliesancamillo.it

Questionario Test sierologico SARS-CoV-2

DATI PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____

DATA NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Sono presenti sintomi di COVID-19?

SINTOMI				
• Difficoltà a respirare	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Febbre >37,5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Tosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Stanchezza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Mal di gola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Dolori muscolari	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Diarrea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Mal di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Congestione nasale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Alterazione olfatto e gusto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

INFORMAZIONI GENERALI				
• ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Esposizione a casi sospetti	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Contatti con familiari di casi sospetti	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Lavoro a casa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Si reca su posto di lavoro	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• N° conviventi				

Data..... Firma utente.....