



QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI

(da compilare prima della seduta)

NOME E COGNOME:

- | | | |
|--|----|--------|
| -Ha avuto COVID 19? | SI | NO |
| -Se la risposta è SI ed è guarito, (tampone negativo?) | SI | NO |
| -E' in quarantena? | SI | N
O |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? | SI | N
O |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? | SI | N
O |
| -Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio? | SI | N
O |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone provenienti da aree a rischio? | SI | N
O |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi? | | |
| • Febbre/febbriola | SI | NO |
| • Tosse e/o difficoltà respiratorie | SI | NO |
| • Malessere, astenia | SI | NO |
| • Cefalea | SI | NO |
| • Congiuntivite | SI | NO |
| • Sangue da naso/bocca | SI | NO |
| • Vomito e/o diarrea | SI | NO |



Direttore Sanitario Zermoglio Dr. Lorenzo

Via Zenson di Piave, 2/A-31100 Treviso (TV)
Tel. 0422 540115 Fax. 0422 540631
e-mail : amministrazione@studiozermoglio.it
Partita Iva e CF: 04826840268



- | | | |
|--|----|----|
| • Inappetenza/anoressia | SI | NO |
| • Confusione/vertigini | SI | NO |
| • Perdita/alterazione dell'olfatto | SI | NO |
| • Perdita di peso | SI | NO |
| • Disturbi dell' olfatto e o del gusto | SI | NO |

DATA _____

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore
