



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO DIPENDENTI/EQUIPARATI POST COVID-19**

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

MANSIONE \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

STRUTTURA \_\_\_\_\_

NOTIZIE COVID-19	SI / NO
PRIMO TAMPONE POSITIVO (INDICARE DATA) _____	
ULTIMO TAMPONE EFFETTUATO ED ESITO (INDICARE DATA) _____	
È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE SPECIFICARE PERIODO DAL _____ AL _____	
HA AVUTO POLMONITE DA COVID-19	
È STATO POSTO IN ISOLAMENTO PER TAMPONE POSITIVO A COVID-19 SPECIFICARE PERIODO DAL _____ AL _____	
HA ASSUNTO FARMACI (SPECIFICARE QUALI) _____ _____	
HA EFFETTUATO: TAC POLMONARE _____ ECOGRAFIA POLMONARE _____ ALTRO _____	
HA MANIFESTATO I SEGUENTI SINTOMI:	
FEBBRE	
TOSSE SECCA	
DIFFICOLTA' RESPIRATORIE	
MAL DI GOLA	
PERDITA DI GUSTO	
PERDITA DI OLFATTO	
CONGIUNTIVITE	
DOLORI MUSCOLARI	
DIARREA	
CEFALEA	
VOMITO	
DERMATITE DA VASCULITE	
ALTRO (SPECIFICARE _____)	



<b>CERTIFICAZIONI</b>	<b>SI / NO</b>
Certificazione rilasciata dalla ASL per fine ISOLAMENTO Data _____	
Certificazione rilasciata dal MMG per fine ISOLAMENTO Data _____ (Ordinanza Regione Lazio n. Z00065 pubblicata B.U.R. 06/11/2020)	

<b>SINTOMI POST INFEZIONE COVID-19 ANCORA PRESENTI</b>	<b>SI / NO</b>
PERSISTENZA DI DISPNEA: difficoltà respiratoria, affanno, ecc.	
PERMANENZA DI ALTERAZIONE DEL GUSTO E/O DELL'OLFATTO	
DOLORI MUSCOLARI E/O STANCHEZZA INSOLITA ED ECCESSIVA	
CEFALEA	
PARESTESIE (SENSAZIONE DI FORMICOLIO IN PARTI DEL CORPO)	
ALTRO SPECIFICARE _____	