

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome	Nome
Struttura di appartenenza	Medico Infermiere Laboratorista altro
Data dell'intervista	Luogo
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato	
Cognome	Nome
Codice Fiscale	Sesso
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	Via
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	Privato cittadino <input type="checkbox"/> Altra categoria _____
Sintomatico Paucisintomatico Asintomatico	Contact tracing Screening _____
Sezione 3 – Tipo di esame	
Test sierologico tipologia A	SI NO Data _____
Test sierologico tipologia B	SI NO Data _____
Test sierologico rapido	ESITO positivo ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI NO Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	ESITO positivo ESITO negativo Data _____
Altro test specificare _____	SI NO Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/> Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	Indicare i sintomi solo se asintomatico o paucisintomatico <b>Data inizio sintomi</b> _____
	Febbre $\geq 37,5$ °C <input type="checkbox"/>
	Dispnea (difficoltà respiratorie) <input type="checkbox"/>
Sintomatico lieve <input type="checkbox"/>	Dolori muscolari <input type="checkbox"/>
Sintomatico severo <input type="checkbox"/>	Mal di gola <input type="checkbox"/>
Sintomatico critico <input type="checkbox"/>	Alterazioni del gusto <input type="checkbox"/>
	Alterazioni dell'olfatto <input type="checkbox"/>
	Cefalea <input type="checkbox"/>
	Disturbi intestinali <input type="checkbox"/>
	Tosse secca <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero in data _____	Presso l'ospedale _____
<input type="checkbox"/> Deceduto in data _____	

Firma del paziente \_\_\_\_\_