

## QUESTIONARIO

Allegato 1

| Sezione 1 – Dati dell'intervistatore   |                             |                             |            |
|--|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| Cognome  |                             |                             |            |
| Nome   |                             |                             |            |
| Struttura di appartenenza  |                             |                             |            |
| Data dell'intervista   |                             |                             |            |
| Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato  |                             |                             |            |
| Cognome  |                             |                             |            |
| Nome   |                             |                             |            |
| Codice Fiscale   |                             |                             |            |
| Sesso  |                             |                             |            |
| Data di nascita  |                             |                             |            |
| Comune di residenza  |                             |                             |            |
| ASP di residenza   |                             |                             |            |
| Telefono fisso   |                             |                             |            |
| Telefono cellulare   |                             |                             |            |
| Indirizzo email  |                             |                             |            |
| Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test sierologico come indicata nella nota prot. 14005 del 16 aprile 2020 |                             |                             |            |
| Sezione 3 – Dati laboratoristici   |                             |                             |            |
| Tipologia di test seguito  | A                           | B                           | C          |
| Tampone  | SI                          | NO                          | Data _____ |
| Sezione 4 – Storia clinica   |                             |                             |            |
| <b>Dal 1 Marzo 2020 ad oggi ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi?</b>  |                             |                             |            |
| Alterazioni dell'olfatto   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Alterazioni del gusto  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Febbre $\geq 37,5$ °C  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Stanchezza   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Dolori muscolari   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Mal di gola  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Tosse secca  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Congestione nasale   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Rinorrea (naso colante)  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Dispnea (difficoltà respiratorie)  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Diarrea  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Cefalea  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |
| Dolori addominali  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |            |